



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO  
MESTRADO EM EDUCAÇÃO

**NARRATIVAS DE UMA ABERTURA PARA O SENSÍVEL:**  
**EXPERIÊNCIA-FORMAÇÃO NO SUS**

ACÁCIA PRISCILLA DE SOUZA LÍRIO

SÃO CRISTÓVÃO (SE)  
2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO  
MESTRADO EM EDUCAÇÃO

**NARRATIVAS DE UMA ABERTURA PARA O SENSÍVEL:  
EXPERIÊNCIA-FORMAÇÃO NO SUS**

ACÁCIA PRISCILLA DE SOUZA LÍRIO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Renato Izidoro da Silva

SÃO CRISTÓVÃO (SE)

2017

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

L768n LÍRIO, Acácia Priscilla de Souza  
Narrativas de uma abertura para o sensível : experiência :  
formação no SUS / Acácia Priscilla de Souza Lírio ; orientador  
Renato Izidoro da Silva. – São Cristóvão, 2017.  
101 f.

Dissertação (mestrado em Educação) – Universidade Federal  
de Sergipe, 2017.

1. Educação permanente. 2. Saúde pública. 3. Serviços de  
saúde mental - Sergipe. 4. Trabalho – saúde mental. 5. Brasil.  
Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de  
Humanização. I. Silva, Renato Izidoro, orient. II. Título.

CDU 377.8:614-056.3(813.7)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E  
PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
EDUCAÇÃO



ACÁCIA PRISCILLA DE SOUZA LÍRIO

“Narrativas de uma abertura para o sensível: experiência-formação no  
SUS”

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação em Educação da Universidade  
Federal de Sergipe e aprovada pela Banca  
Examinadora.

Aprovada em: 21.02. 2017

Prof. Dr. Renato Izidoro da Silva (Orientador)  
Programa de Pós-Graduação em Educação/UFS

Prof. Dr. Fábio Zoboli  
Programa de Pós-Graduação em Educação/UFS

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jeane Feliz da Silva  
Universidade Federal da Paraíba/UFPB

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Michele de Freitas Faria de Vasconcelos  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS  
de Sergipe/UFS

SÃO CRISTÓVÃO (SE)  
2017

Dedico esta dissertação a todos os bons encontros dessa minha caminhada!

## AGRADECIMENTOS

*Vou mostrando como sou e sendo como posso, jogando meu corpo no mundo/ Andando por todos os cantos e pela lei natural dos encontros, eu deixo e recebo um tanto, e passo aos olhos nus ou vestidos de luneta, passado, presente, participo sendo o mistério do planeta*

(Luiz Galvão e Moraes Moreira, 1972, álbum “Acabou chorare”).

Meu eterno respeito pelo que fui, sou e serei!

Aos belos encontros com os usuários e colegas do CAPS ad Primavera, dos CAPS I Renato Bispo e do CAPS ad Santo Onofre. Essas experiências foram fundamentais para a transformação no meu modo de ser profissional, mas, sobretudo, no meu modo de ser humana em constante movimento. Agradeço a Marília, Dagoberto, Michele, André, Maria da Conceição, Jeferson, Letícia, Luiz, Flávio, Teia, Lia (em memória), Ingrid e Débora pela oportunidade desses bons encontros. Um agradecimento mais que especial a EQUIPE do CAPS ad Primavera: Rafa, Fernanda, Roberta, Patrícia, Karlene, Manuela, Valéria e Thayane pela parceria, pelas trocas, pela cumplicidade entre mulheres guerreiras.

A Família Lírio, em especial aos meus pais, Giovani e Ivone por me ensinarem sobre as delícias da caminhada da vida para ser uma “grande mulher”, como diz minha mãe. Aos meus irmãos – Karina, Ana, Júnior, Ricardo e Marcos – e aos meus sobrinhos – Luccas, João Vitor, Gustavo, Giovanna, Maria Eduarda e Sophia. Perdoem a minha ausência, sofri muito ao dizer não aos vários convites para encontrá-los.

A João, meu amado companheiro de vida, que com seu olhar sensível, atento e cuidadoso soube me acolher nas horas mais difíceis e partilhar dos momentos mais doces. Obrigada por atender aos meus milhares de pedidos de leitura, quando já não tinha mais energia para ler de novo o mesmo capítulo. “O seu olhar, seu olhar, melhora, melhora o meu”. A Sofi, nossa pequena, pela possibilidade de estarmos construindo juntos a família Lírio Martins. A família Sampaio Martins pela torcida e pelo carinho reservado a mim. Gratidão por esse encontro!

A Renato, meu orientador, que com sua escuta atenta e paciência redobrada aguentou minhas milhares de mensagens no whatsapp e me deu liberdade para construir um caminho sensível na minha escrita. Gratidão.

A Michele e a Jeane Felix pelas contribuições para a minha escrita. Miches, você desde 2008 acompanhando minhas transformações, quantos foram meus estranhamentos, minhas experimentações, (des)aprendizagens e inventividades que resultaram na produção da mulher que sou hoje, uma mulher em constante (des)construção. Por isso, não havia pessoa melhor para acompanhar essa dissertação. Gratidão eterna pelo nosso encontro.

Aos amigos e amigas por me acolherem, principalmente nesse último ano de 2016, que foi tão difícil. Em especial a minha amiga Rafa, que mesmo a distância se fez tão presente. As amigas

do CAPS ad Primavera – Roberta, Paty, Karlene, Thayane, Manu, Valéria, por mais encontros, por favor!!

Aos colegas e docentes do Programa de Pós-Graduação em Educação pela oportunidade de discussões e aprendizados. Em especial a Waldiney, Monara e Amanda por estarem mais próximos nessa etapa final de escrita.

A toda turma do Curso de Formação em Yoga por terem me acolhido e proporcionado momentos de leveza e conexão. Em especial a minha sensível professora Paty Bonito, gratidão!

Agradeço a CAPES pelo apoio financeiro para prosseguir meus estudos.

*Nunca se vence uma guerra lutando sozinho  
Você sabe que a gente precisa entrar em contato  
Com toda essa força contida e que vive guardada  
O eco de suas palavras não repercutem em nada*

*É sempre mais fácil achar que a culpa é do outro  
Evita o aperto de mão de um possível aliado, é...  
Convence as paredes do quarto, e dorme tranquilo  
Sabendo no fundo do peito que não era nada daquilo*

*Coragem, coragem, se o que você quer é aquilo que pensa e faz  
Coragem, coragem, eu sei que você pode mais.*

(RAUL SEIXAS, Por quem os sinos dobram, 1979)



## RESUMO

LÍRIO, Acácia Priscilla de Souza. **NARRATIVAS DE UMA ABERTURA PARA O SENSÍVEL: EXPERIÊNCIA-FORMAÇÃO NO SUS**. 2017. 101f. Dissertação (Mestrado em Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2017.

Esta dissertação apresenta como objeto de estudo a minha trajetória de experiência-formação enquanto trabalhadora da Saúde Mental (SM) inserida no contexto institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) de dois municípios sergipanos: Aracaju e Itabaiana. A pesquisa, portanto, está situada nas relações entre as áreas Educação-Saúde e Educação-Trabalho, especificamente orientada pelas interseções institucionais entre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PEPS) e a Política Nacional de Humanização (PNH), gestadas em 2004 pelo Ministério da Saúde (MS) mediante compromisso com a indissociabilidade entre formação e trabalho. Nesse sentido, o objetivo desta pesquisa foi analisar de que formas as minhas experiências de trabalho, no contexto do SUS, podem ser compreendidas como processos formativos que possibilitaram uma certa abertura para o sensível. Para tanto, o *lócus* (ou recorte) empírico da investigação está circunscrito à minha passagem, entre 2008 e 2013, pelos CAPS ad Primavera (Aracaju-SE) e CAPS I Renato Bispo (Itabaiana-SE). Minha orientação teórico-metodológica foi construída com base na ampliação do conceito de abertura para o sensível (BURITI, 2011; RANCIÈRE, 2009), nas referências que criticam uma formação em saúde pautada na normalização médica (ABRAHÃO e MERHY, 2014), no método cartográfico proposto por Deleuze e Guattari (1995) e nas ponderações da análise de implicação elaborada por Lourau (1975). Foram selecionadas duas cenas de minha experiência de trabalho no SUS/SE a partir quatro acervos de memória construídos ao longo do período indicado – caixa de afecções, diário cartográfico, relatos de experiência e registros de memória relacionados à abertura para o sensível. Para a análise das cenas utilizei os seguintes conceitos-ferramentas, que me serviram de categorias da experiência: território, estranhamento, (des)aprendizagem, experimentação, invenção, produzir-se. Por fim, as narratividades produzidas nessa dissertação falam de uma formação permeada pelo sensível e fruto dos encontros cotidianos.

**Palavras-chave:** Educação. Saúde Pública. Formação. Educação Permanente em Saúde. PNH.

## ABSTRACT

This dissertation presents as object of study my trajectory in experience-training as a Mental Health worker (MS) inserted in the institutional context of the Unified Health System (SUS) of two municipalities of Sergipe: Aracaju and Itabaiana. The research, therefore, is located in the relations between the areas of Education-Health and Education-Work, specifically oriented by the institutional intersections between the National Policy on Permanent Education in Health (PEPS) and the National Humanization Policy (PNH) By the Ministry of Health (MS) through a commitment to the inseparability between training and work. In this sense, the objective of this research was to analyze in what ways my work experiences, in the SUS context, can be understood as formative processes that allowed a certain openness in my sensitive. In order to do so, the empirical locus of research is limited to service, between 2008 and 2013, at CAPS ad Primavera (Aracaju-SE) and CAPS I Renato Bispo (Itabaiana-SE). My theoretical and methodological orientation was based on the extension of the concept of openness to the sensitive (BURITI, 2011; RANCIÈRE, 2009), in the critical references of health training based on medical normalization (ABRAHÃO and MERHY, 2014), the cartographic method proposed by Deleuze and Guattari (1995) and the implications of the analysis of implication elaborated by Lourau (1975). Two scenes from my work experience in the SUS / SE were selected from four memory collections constructed during the indicated period - affection box, cartographic diary, experience reports and memory records related to the opening to the sensitive. For the analysis of the scenes I used the following concepts of tools, which served me as categories of experience: territory, estrangement, (dis)learning, experimentation, invention, production. Finally, the narratives produced in this dissertation speak of a formation permeated by the sensitive and fruit of everyday encounters.

**Keywords:** Education. Public Health. Formation. Permanent Education in Health. PNH.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABRASME – Associação Brasileira de Saúde Mental

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas

CTO – Centro de Teatro do Oprimido

EPS – Educação Permanente em Saúde

FUNESA – Fundação Estadual de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

PRD – Programa de Redução de Danos

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RD – Redução de Danos

REAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SM – Saúde Mental

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 - NORMALIZAÇÃO MÉDICA DO SENSÍVEL NO BRASIL .....</b>	<b>20</b>
2.1 - DISCURSO MÉDICO SOCIAL NO BRASIL E SUAS CAPILARIDADES .....	21
2.2 - NORMALIZAÇÃO DO SENSÍVEL: ATUALIZAÇÕES E RESISTÊNCIAS .....	33
<b>3 – INTERSEÇÃO ENTRE AS PROPOSTAS PEDAGÓGICAS DE DUAS POLÍTICAS (PEPS &amp; PNH) E UM MODO SINGULAR DE FORMAÇÃO NO SUS .....</b>	<b>37</b>
3.1 MOVIMENTOS QUE COEXISTEM E DISPUTAM NO CAMPO DA FORMAÇÃO NO SUS .....	41
3.2 POR UM MODO SINGULAR DE FORMAÇÃO NO SUS .....	49
<b>4 - “CAMINHO SE CONHECE ANDANDO ENTÃO VEZ EM QUANDO É BOM SE PERDER” .....</b>	<b>59</b>
<b>5 CENAS PARA REVER E (DES)VER .....</b>	<b>71</b>
5.1 CENA 1: “ISTO É CASO DE POLÍCIA E NÃO DE SAÚDE PÚBLICA” .....	72
5.2 CENA 2: “PROFESSORA, QUANDO VAMOS TER AULA DE FÍSICA?” .....	79
<b>“ESSE É SÓ O COMEÇO DO FIM DAS NOSSAS VIDAS” .....</b>	<b>88</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>93</b>

## INTRODUÇÃO

Esta dissertação apresenta como objeto de estudo a minha trajetória de trabalho-formação enquanto trabalhadora da Saúde Mental (SM) inserida no contexto institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) de dois municípios sergipanos: Aracaju e Itabaiana. A escrita, portanto, está situada nas relações entre as áreas da Educação-Saúde e Educação-Trabalho, especificamente orientadas pelas interseções institucionais entre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PEPS) e a Política Nacional de Humanização (PNH), gestadas em 2004 pelo Ministério da Saúde (MS) mediante compromisso com a indissociabilidade entre formação e trabalho. Pressupus que as experiências cotidianas produzidas no trabalho podem constituir-se como formação. Por isso, o objetivo da pesquisa foi analisar de que formas as minhas experiências de trabalho, no contexto do SUS, podem ser compreendidas como processos formativos<sup>1</sup> que possibilitaram uma certa abertura em meu sensível.

A formação, um dos conceitos chave desta pesquisa, será entendida aqui em consonância com Barros (1997, p.227) como uma instituição que deve “ser analisada em suas várias conexões: transmissão de informação, encontro de diferentes histórias de vida, os movimentos do desejo, mergulho num plano micropolítico onde fluxos-formas se engendram por conexão, buscando incessantemente a construção de outros territórios”. Os encontros da minha trajetória de experiências-formação foram fundamentais para me constituir enquanto sujeito, mulher, trabalhadora e pesquisadora que se propõe a ser andarilha, “sem destinos certos, percorrendo caminhos provisórios que desmontam as crenças universalizantes e se deslocando de territórios quando estes não mais favorecem a expressão do processo vital” (BARROS, 2011, p.136). Por isso, esta pesquisa foi escrita em primeira pessoa do singular no intuito de dar voz a uma escrita produzida por uma autora-trabalhadora-pesquisadora que sente, pensa e escreve o seu texto de forma singular e não individual, portanto é também parte de um coletivo. Com isso quero dizer que essa escrita é habitada por interferências e contágios de vozes que atravessam a minha trajetória de experiência-formação.

O interesse por este objeto surgiu a partir da minha inserção enquanto professora de Educação Física no SUS desde 2008, envolvida em processos de cuidado, formação e pesquisa que, em sua predominância, tiveram relação direta com a Saúde Mental. Durante esse período

---

<sup>1</sup> A noção de processo foi aqui entendida como processualidade, ou seja, como algo que está a todo tempo sendo produzido, como uma investigação de processos de produção de subjetividade e não como um mero processamento de informações coletadas a partir de regras lógicas e estáticas. (BARROS & KASTRUP, 2010)

atuei em três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)<sup>2</sup> no estado de Sergipe, entre 2008 a 2012 no CAPS AD Primavera, no município de Aracaju; entre 2011 a 2013 no CAPS I Renato Bispo e no CAPS AD Santo Onofre, no município de Itabaiana. Atuei como docente em Capacitações em Saúde Mental na Fundação Estadual de Saúde de Sergipe (FUNESA), no período de 2010 a 2011 e como Responsável Técnica Pedagógica pela área da Atenção Psicossocial também da FUNESA, de 2013 a 2015.

O fato do meu primeiro contato com o campo da saúde ter se dado em um CAPS AD, em um município que, naquele período, era referência em Saúde Mental no Brasil, possibilitou a emergência de uma série de conhecimentos (até então desconhecidos e impensáveis) acerca de um dos terrenos mais férteis para a (des)construção do nosso olhar, o campo da Saúde Mental. No período que antecedeu essa experiência e durante boa parte dela a minha relação com a loucura e com o uso de álcool e outras drogas se dava pelo olhar da periculosidade e da criminalidade. Logo, tratar, seria normalizar o usuário<sup>3</sup>, promover a abstinência do uso de drogas, ajudá-lo a ter uma vida mais regrada e aqueles que não seguissem as regras deveriam ser penalizados. A riqueza dos encontros que se deram neste território está no fato de que nele entrei em contato com múltiplos saberes técnicos, projetos políticos e de formação de atenção à saúde. Saberes que ao mesmo tempo que disputam entre si e, assim, tensionam a construção dos processos de cuidado cotidiano, produzem movimentos micropolíticos, onde trabalhadores, gestores e usuários discutem em equipe tentando solucionar problemáticas atuais.

Consoante a esta experiência-formação, outros processos formativos foram sendo trilhados e agregados. Em 2009, por ser trabalhadora da Saúde Mental de Aracaju fui convidada a participar de um Curso de Formação em “Teatro do Oprimido na Saúde Mental”, ofertado para trabalhadores inseridos na rede de Atenção Psicossocial das cidades de Aracaju e Itabaianinha no estado de Sergipe e na cidade de Macaé no Rio de Janeiro. Este curso apresentava como proposta a realização de oficinas nos serviços em que atuávamos, concomitante com a execução dos módulos do curso. Estas oficinas eram supervisionadas à distância semanalmente e a cada dois ou três meses presencialmente por técnicos do Centro de

---

<sup>2</sup> Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) abertos destinados a prestar atenção diária a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial. Nesses serviços são estimulados a sua integração social e familiar e apoiadas as iniciativas de busca de autonomia. Existem diferentes modalidades de CAPS, dentre elas, duas, são mais relevantes para esta dissertação. A diferença entre CAPS “transtorno” e CAPS ad, o primeiro, atende a pessoas com transtornos mentais severos que as prejudicam em suas relações cognitivas; o segundo, atende a pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas, nesse caso, as pessoas estão com suas relações sociais, familiares e laborativas prejudicadas por conta do uso abusivo dessas substâncias.

<sup>3</sup> “Aquele que usa o serviço de saúde, indica significado mais abrangente, capaz de envolver tanto o cliente como o acompanhante do cliente, o familiar do cliente, o trabalhador da instituição, o gerente da instituição e o gestor do sistema” (BRASIL, 2006, p. 50).

Teatro do Oprimido (CTO) do Rio de Janeiro. Neste processo tínhamos que enviar relatórios semanais das atividades realizadas e das dúvidas que surgiam com a vivência. Estes encontros foram tão marcantes que decidimos, eu e a terapeuta ocupacional que também fazia o curso e era minha parceira na oficina no CAPS AD Primavera, escrever um relato de experiência e compartilhá-la no Congresso Nacional da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) em Fortaleza no ano de 2012. É válido destacar que esse e outros relatos de experiência que escrevi neste meu percurso funcionaram como experiências iniciais de cartografar ou registrar meu processo de formativo.

Participei também de dois cursos de especialização (*Lato Sensu*) que tiveram relação direta com os trabalhos em que estive envolvida na época. O primeiro, “Saúde mental e uso de substâncias psicoativas”, foi realizado pela Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti<sup>4</sup> da Universidade Federal da Bahia (UFBA), entre os anos de 2011 e 2012, que tinha como público-alvo trabalhadores do SUS inseridos em serviços que ofertassem cuidado direto a usuários com problemas relacionados ao uso de drogas. Eram alunos deste curso trabalhadores de vários municípios da Bahia e quatro trabalhadoras de Sergipe, dentre elas uma psicóloga do CAPS AD Primavera, uma assistente social do CAPS infantil Vida (Aracaju), a coordenadora de Saúde Mental de Sergipe na época e eu, que no período de realização do curso era trabalhadora do CAPS AD Primavera, do Santo Onofre e do Renato Bispo. É válido ressaltar que as aulas aconteciam uma vez por mês, de quinta a sábado em Salvador, onde tivemos a oportunidade de compartilhar experiências com trabalhadores da Bahia e de Sergipe.

O segundo curso, “Educação Permanente em Saúde”, realizado entre 2014 e 2015 pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), tinha como público-alvo trabalhadores que atuavam no SUS e objetivava compreender como se davam os processos de educação permanente em saúde em distintos serviços do SUS e promover reflexões e possíveis mudanças a esse respeito. Neste período atuava como responsável técnica pedagógica de ações educacionais na FUNESA e pude trocar experiências com trabalhadores de diversos serviços de saúde de Sergipe.

A rememoração desta trajetória de trabalho-formação, durante o curso de especialização em EPS, chamou minha atenção para o momento em que estive inserida institucionalmente no SUS, pois parecia haver um maior investimento na oferta de cursos de formação atrelados ao

---

<sup>4</sup> É um Serviço de Extensão Permanente do Departamento de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA (FAMEB - UFBA), constituído a partir do desmembramento do corpo técnico e dos projetos executados pelo Programa de Redução de Danos do Centro de Estudos e Tratamento do Abuso de Drogas (CETAD). Seu nome é uma homenagem a Fátima Cavalcanti, a primeira redutora de danos da Bahia (ANDRADE, 2016).

trabalho, supervisões clínico-institucionais, apoio institucional, mestrado institucional, dentre outras estratégias de formação, dado que pode estar relacionado à existência e atuação de políticas públicas de formação indissociadas do trabalho no SUS.

Além do conceito de formação, apresentado acima, outro conceito que me é caro nessa dissertação e que será utilizado como um dos conceitos-ferramenta é o de território e, nesse sentido, apoio-me na ideia de “território existencial” de Félix Guattari (1992). Para este autor o território existencial configura-se como uma “instância expressiva que se funda sobre uma relação matéria-forma, que extrai formas complexas a partir de uma matéria caótica” (p.44). Assim, há uma expressividade do território que antecede a composição dos seus personagens, dando contornos e firmeza a uma matéria amorfa e heterogênea que podemos entender como o plano das relações. O território existe em um espaço relacional, dinâmico e em constante movimento de feitura da expressividade que não pertencem aos seus agentes, não há protagonistas, pelo contrário, há relações e dinâmicas de movimentos sem sujeito. Não é o usuário ou o trabalhador que define o ambiente do CAPS, por exemplo, mas é dessa expressividade, desse encontro que surgem os personagens e as cenas deste território (MACERATA et al, 2014). O território será aqui entendido como algo movente, permeado por um currículo de prescrições, mas também por um currículo cotidiano, onde muitas forças atuam, onde brechas são criadas e nos convocam a sair dos automatismos e das prescrições.

A ideia de território se relaciona com outro conceito importante que utilizaremos nesta escrita: trabalho vivo em ato na saúde (MERHY, 2002). No território do trabalho sempre há uma atividade produtiva em que modificamos alguma natureza e ao mesmo tempo nos modificamos, mexemos com a nossa forma de pensar e agir no mundo quando estamos trabalhando. O ato de trabalhar sempre resulta em algum tipo de formação. Merhy e Franco (2016, p.280) entendem que “todo processo de trabalho combina trabalho em ato e consumo de produtos feitos em trabalhos anteriores”. Para eles, o trabalho em ato, ou trabalho vivo em ato, é aquele feito no momento da ação e o trabalho feito antes é aquele em que nos relacionamos apenas com o produto da ação – por exemplo medicamentos – também chamado de ‘trabalho morto’. O território do trabalho vivo em ato nos convida a observar duas dimensões: a primeira é a atividade como construtora de produtos e a segunda é a que vincula o trabalhador à relação com o ato produtivo e os produtos que realiza, bem como com suas relações com outros trabalhadores e com os possíveis usuários de seu produto (MERHY & FRANCO, 2016).

O trabalho vivo em ato no campo da saúde caracteriza-se como “o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. [...] interage todo o tempo com instrumentos, normas, máquinas, formando assim um processo de trabalho, no



qual interação diversos tipos de tecnologias” (MEHRY & FRANCO, 2016, p.282). E a forma como essas interações acontecem figuram certos sentidos de produção de cuidado. Saliento, ainda, que o território do trabalho vivo em ato nos solicita saberes não estruturados objetivamente em programas curriculares de formação profissional, pois trata-se de saberes passíveis de serem construídos apenas na relação cotidiana e direta com os usuários e demais profissionais em ambiente de trabalho. Neste sentido, Merhy & Feuerwerker (2014, p.7 e 8) sinalizam que “[...] o trabalho em saúde não é completamente controlável, pois está centrado nas relações com as pessoas em todas as fases de sua realização e sempre sujeito aos desígnios do trabalhador em seu espaço autônomo”. Em termos práticos, a autonomia é exigida quando o trabalhador não mais pode contar com o amparo da propedêutica<sup>5</sup> de sua formação; na medida em que essa, em muitos casos, não corresponde a uma garantia do serviço.

Outra experiência inquietante que quero destacar é a de Responsável Técnica Pedagógica da Educação Permanente da FUNESA. Não mais como trabalhadora da assistência direta no cuidado ao usuário e sim desempenhando uma função na Coordenação de Educação Permanente da FUNESA. Era uma das responsáveis pelas deliberações pedagógicas e administrativas necessárias ao desenvolvimento das ações educacionais dirigidas aos trabalhadores e gestores da saúde. Nosso trabalho consistia na elaboração, junto à gestão estadual da Saúde Mental e de outras áreas técnicas (Educação Permanente, Hospitalar, Saúde e Prevenção nas Escolas, dentre outras), do roteiro metodológico referente aos projetos básicos e/ou executivos norteadores de cada ação educacional. Do lado em que se produziam as propedêuticas para o trabalho em saúde, onde as ações construídas *a priori*, mediante programas, normativas e protocolos, estavam, muitas vezes, distantes das necessidades cotidianas do trabalhador e usuário da saúde.

A distância se agrava, ainda, à medida que os conhecimentos produzidos das necessidades imediatas não contavam com vias de alimentação ou retorno voltadas para a reformulação de velhas propedêuticas ou a proposição de novas práticas no cuidado ofertado institucionalmente na saúde pública. Levando-se em consideração que todos deveriam governar em saúde, mediante mecanismos de governança e de controle social, como afirma Matus (1996), a mudança só seria produzida se os envolvidos no processo fossem ouvidos e as ações

---

<sup>5</sup> Propedêutica é um conceito comum à filosofia, pedagogia, direito e medicina, pois designa um conjunto de procedimentos normativos – de caráter litúrgico – responsáveis por preparar as condições subjetivas e objetivas de um diagnóstico e das ações terapêuticas subsequentes. Na área da saúde, por conta de suas raízes na medicina, a propedêutica é componente tradicional e obrigatório tanto na graduação, quanto na abordagem médica diária.

educacionais fossem problematizadas e discutidas a partir das dificuldades cotidianas e singulares de cada território.

Motivadas por essas e outras inquietações, muitas pesquisas têm sido realizadas no Brasil, buscando apontar caminhos e possibilidades de se proporcionar um cuidado em saúde integral e humanizado<sup>6</sup>; já que as tradicionais e atuais abordagens programáticas de formação e aquelas relativas à propedêutica clínica são limitadas tanto na compreensão e cuidado ao sofrimento dos usuários quanto na leitura semiológica de sintomas. Assim, consideramos que essas políticas (PEPS e PNH) podem ser compreendidas como um conjunto de técnicas, princípios, métodos e estratégias da educação que epistemológica e metodologicamente reconhecem aqueles conhecimentos que estão no horizonte do porvir; marginais, portanto, além do campo das estruturas programáticas e apriorísticas da formação profissional nos contextos institucionais especializados. Conceitualmente, posso arriscar dizer que estão fundamentadas em uma perspectiva epistemológica e metodológica pós-estruturalista; pois, os conhecimentos por elas incorporados são construídos após o contato com a estrutura normativa dos cursos de graduação; que excede os limites teórico-práticos garantidos pelo instituído e caminham orientados por um processo permanentemente estruturante e instituinte.

Preciso expressar ainda, que a esses encontros cotidianos do trabalho somam-se outros, que se deram em espaços de conversa, em salas de aula, em discussões familiares, em conversas com amigos, no encontro com leituras, com os filmes, com as músicas, com as artes e que fazem essa escrita ser composta por uma multiplicidade de relações. Algumas vezes permeadas por situações agitadas e inquietantes, noutras, por delicadezas e surpresas que só se apresentam por me colocar disponível e aberta aos rearranjos e (des)aprendizagens cotidianas. Essas experiências produziram e continuam produzindo em meu corpo marcas carregadas de afetos, sensações e emoções que nos transformam cotidianamente. Assim, estabeleço ancoragens em duas políticas de formação no SUS – PNH e PEPS – balizadas pelos princípios de inseparabilidade entre formação e trabalho para organizar a nossa escrita.

A dissertação está, então, organizada em cinco seções. Na primeira, nomeada “Normalização médica do sensível no Brasil”, discorro sobre o processo de construção do saber-poder médico e suas formas de propagação no Brasil. Sobre o processo de institucionalização da normalização do sensível, por meio do saber-poder médico, no âmbito

---

<sup>6</sup> Quando me refiro que o cuidado em saúde deve ser integral e não parcial, estou querendo dizer que o sistema de saúde deve estar preparado para compreender o usuário dentro de seu contexto social e atende-lo em suas demandas e necessidades de saúde. E com relação a humanização me refiro a melhorias na relação e nos processos de atenção ao usuário, bem como no trabalho de gestores e trabalhadores da área, reconhecendo a singularidade e a capacidade criadora de cada sujeito envolvido.

da saúde pública no Brasil e sobre os seus processos de atualização e resistência a esta normalização.

A segunda seção, batizada de “Interseção entre as propostas pedagógicas de duas políticas (PEPS & PNH) e um modo singular de formação no SUS”, descrevo e nomeio os movimentos que coexistem e disputam no campo da formação no SUS. Em seguida, explico como esses movimentos em oposição podem ser superados rumo à produção de singularidades e de interseção entre duas políticas de formação no SUS. Para isso, descrevo os princípios, diretrizes e dispositivos metodológicos das duas políticas e seus pontos de convergência e divergência. E por fim, apresento seis conceitos-ferramentas – território, estranhamento, (des)aprendizagem, experimentação, invenção, produzir-se – que me auxiliaram na seleção e análise das cenas trabalhadas nesta pesquisa.

Mas afinal o que estou chamando de conceito-ferramenta? Para entender melhor essa ideia é preciso primeiro entender que a noção de conceito-ferramenta é agenciada por dois conceitos. A própria noção do que seria um conceito e a noção de “caixa de ferramentas”. Um conceito de acordo com Deleuze e Guattari (1982, p. 29) é algo que tem história, que nos remete a um problema, sob o qual supomos que ele devesse resolver. Contudo, ele não se alia a apenas um problema “sob o qual remaneja ou substitui conceitos precedentes, mas uma encruzilhada de problemas em que se alia a outros conceitos coexistentes”.

E o que seria a noção de caixa de ferramentas? Pensada por Deleuze quando de suas elaborações sobre o estatuto de uma teoria. Para o filósofo, “uma teoria é como uma caixa de ferramentas [...]. É preciso que sirva, é preciso que funcione. E não para si mesma”. Essa formulação foi referenciada em uma passagem do diálogo com Foucault (FOUCAULT, 1984, p.71) sobre se a teoria expressa ou não uma prática. Este mesmo conceito também é utilizado por Merhy (2004) no âmbito da saúde coletiva, como um conjunto de saberes produzidos e acumulados ao longo do percurso das práticas concretas de saúde e que estarão disponíveis para sua utilização cotidiana. Merhy, portanto, possibilitou que um dado modo de pensar teórico da filosofia fosse trazido para as maneiras como um trabalhador da saúde também pode fazer-pensar.

Assim, conceito-ferramenta na perspectiva da saúde é aqui entendido como um instrumento ou mecanismo intelectual que pode auxiliar-nos na solução de determinadas problemáticas, ou melhor, na invenção de problemas, produzindo estranhamento nesse território, desacomodação num certo modo de produzir cuidado e conhecimento, mas que também pode movimentar, impulsionar e produzir novas experimentações e inventividades cotidianas na saúde (ABRAHÃO & MERHY, 2014).

A terceira seção, nomeada de “Caminho se conhece andando, então vez em quando é bom se perder” (CÉSAR, 2008), apresento o meu percurso metodológico pautado em minhas memórias. Algumas registradas ou disparadas a partir de arquivos, aqui entendidos pela compreensão de Foucault (1987)<sup>7</sup>. Falo também da relevância da memória no contexto da formação em saúde no âmbito do SUS, retratada pela PNH e da nossa sobreimplicação com o objeto de pesquisa. O conceito de sobreimplicação foi proposto pela Análise Institucional de René Lourau nos anos 90 e é derivado do conceito de implicação. Para Coimbra e Nascimento (2007) para se ter uma análise de implicação “adequada” é necessário se fazer também uma análise da sobreimplicação. Pois esta significa uma “crença no sobretrabalho, no ativismo da prática, que pode ter como um de seus efeitos a dificuldade de se processar análises de implicações, visto que todo o campo permanece ocupado por um certo e único objeto” (COIMBRA & NASCIMENTO, 2007, p. 1). Na quarta seção, intitulada “Cenas para rever e (des)ver”, narro duas cenas das minhas vivências no SUS/SE, buscando revê-las a partir do olhar da formação, estranhando o que nos parece familiar no intuito de perceber os modos como os processos formativos, que ensinam cotidianamente (de diferentes modos, sob diferentes perspectivas e pontos de vista) a todos os envolvidos com a produção da saúde, se davam. Estas cenas foram analisadas a partir da análise de implicação e dos seis conceitos-ferramentas citados anteriormente. E, por fim, a última seção, designada “Esse é só o começo do fim das nossas vidas” faço uma síntese das principais discussões realizadas durante esta escrita.

---

<sup>7</sup> A concepção de arquivo de Foucault será retomada na seção 3, página 50.

## 2 - NORMALIZAÇÃO MÉDICA DO SENSÍVEL NO BRASIL

Esta seção tem como objeto de estudo a normalização médica do sensível, inspirada em uma perspectiva genealógica<sup>8</sup> (FOUCAULT, 1984). O conceito de Sensível se constitui aqui numa articulação entre as ideias de Buriti<sup>9</sup> (2011) e Rancière<sup>10</sup> (2009). Ressalto que nenhum dos dois autores conceitua objetivamente o que seja a noção de sensível, mas Buriti deixa pistas em sua escrita de que o sensível se produz na relação com os sentidos (olfato, tato, paladar, visão e audição) e diz de hábitos e condutas que de algum modo escapam a padronizações. Rancière (2009, p.15) trabalha o conceito de “partilha do sensível”, que segundo ele é “o sistema de evidências sensíveis que revela, ao mesmo tempo, a existência de um comum e dos recortes que nele definem lugares e partes respectivas. [...] um *comum* partilhado e partes exclusivas”. Por exemplo, por que em um grupo alguns sentem uma determinada experiência como alegre e outros sentem a mesma experiência como triste? Os grupos, em seus interiores, partilham sensibilidades opostas, recebem, recepcionam o mesmo acontecimento com base em categorias distintas, mas dividem o mundo sensível da mesma maneira: triste e feliz. Cada grupo constitui uma certa partilha do sensível, de modo que esta partilha se torne, por um lado senso comum e por outro exclusividades. Dito de outro modo, não existe senso comum para tudo em um mesmo grupo, e sim partilhas que tentam construir uma sensibilidade, não comum, mas compartilhada.

Opto, assim, por também não trazer uma definição clara do que seja sensível e esta opção se deu por pura dificuldade de nomeá-lo para além dos limites que as produções acadêmicas apontam quanto à superação das dificuldades conceituais presentes. Tomo a ideia de sensível de Buriti para pensar que os sentidos se constituíam numa zona de porosidade entre o sujeito e o mundo que possibilitaria a produção de processos de singularização, isto é, de formas de habitar o mundo que não se enquadram em comportamentos homogeneizados, previsíveis e doutrinados. E a ideia de “partilha do sensível” de Rancière para pensar em um sensível que aposta, especialmente, nas partes exclusivas, singulares e não apenas em um

---

<sup>8</sup> “Uma forma de história que dê conta da constituição de saberes, dos discursos, dos domínios de objeto, etc., sem ter que se referir a um sujeito, seja ele transcendente com relação ao campo de acontecimentos, seja perseguindo sua identidade vazia ao longo da história” (FOUCAULT, 1984, p. 7).

<sup>9</sup> Conceito baseado no livro “Leituras do sensível: escritos femininos e sensibilidades médicas no Segundo Império” de Iranilson Buriti (2011).

comum partilhado e de certa forma normalizador. Apresento, então, pistas do conceito de sensível e sinalizo, através de notas de rodapé os processos de normalização do sensível.

Reflito também sobre a função social da medicina no Brasil e uma das funções que lhe foi dada na modernidade, a de instrumento técnico-científico que se articulou diretamente ao Estado. Para tanto, rastreio a produção histórica brasileira das práticas discursivas do saber-poder médico, os aparelhos que assumem a gestão de nossas vidas e busco compreender a crítica a essas práticas no presente, para, assim, seguir pistas que apontem possíveis caminhos para transformar os modos atuais de intervenção-formação na saúde pública.

Assim, no intuito de propiciar o melhor entendimento do estudo estruturei esta seção em dois subtópicos: no primeiro intitulado “Discurso médico social no Brasil e suas capilaridades”, discorro sobre o processo de produção do saber-poder médico e suas formas de propagação no Brasil, compreendendo que novo saber ele representa, que novo poder ele produz e a partir de que instrumentos ele propaga esse saber-poder na sociedade moderna brasileira; O segundo subtópico, chamado de “Normalização médica do sensível: atualizações e resistências”, falo sobre o processo de institucionalização do saber-poder médico no Brasil, entendendo aqui a institucionalização enquanto espaços instituídos através de marcos políticos-legais que funcionam como instrumentos de produção de modos de se estar no mundo, a exemplo dos serviços de saúde, as práticas que se operam neles e por eles estão inseridas num plano de forças em permanente tensão entre o instituído e o instituinte (MERHY & FEUERWERKER, 2014) e sobre seus processos de atualizações e resistências que o acompanharam nos últimos dois séculos.

A normalização médica do sensível é vista nesta pesquisa como um obstáculo para o cuidado em saúde, pois atribui ao conhecimento científico valores infinitamente superiores ao conhecimento popular e elegem como verdades certos comportamentos em detrimento de outros, desrespeitando os aspectos singulares da população brasileira, mesmo que este processo de normalização inicialmente tenha objetivado a organização da sociedade urbana em um período de transição entre o império e a república no Brasil, auxiliando no processo de higienização das cidades e de melhoria das condições sanitárias da população.

## 2.1 - DISCURSO MÉDICO SOCIAL NO BRASIL E SUAS CAPILARIDADES

A medicina social nasce na Europa, por volta do século XVIII, e conforme Foucault (1984), passa por três etapas de formação. A primeira, intitulada Medicina de Estado, com origem na Alemanha, corresponde ao processo de organização de um saber médico estatal, à

normalização da medicina como profissão, à sujeição dos médicos a uma administração estatal e à integração de médicos na organização do Estado. O foco desta medicina é o corpo dos indivíduos enquanto composição da força econômica e política do Estado, é a força estatal que a medicina quer aperfeiçoar e desenvolver.

A segunda etapa, chamada de Medicina Urbana, surge por volta da segunda metade do século XVIII, como maior evidência na França, quando o aumento da população nas cidades traz à tona a necessidade da organização e padronização do espaço urbano que passa a ser gerido e regulamentado por um poder único. Esta medicina caracterizava-se pelo foco não nos homens, nos corpos ou nos organismos, mas nas coisas e nos elementos essenciais para a existência humana, e tinha três princípios fundamentais: a análise dos lugares de acúmulo de tudo que pudesse provocar doenças no espaço urbano; o controle da circulação dos elementos essenciais como a água e o ar; e a organização dos elementos necessários para a vida comum na cidade, como as fontes, os esgotos, os cemitérios e os matadouros, por exemplo. Ou seja, ela objetivava a medicalização das cidades, criando assim a noção de salubridade, como a base material e social capaz de assegurar a melhor saúde possível dos indivíduos.

E por último, a etapa denominada de Medicina da Força de Trabalho que ganha destaque na Inglaterra, onde o pobre e o trabalhador passam a ser objetos da medicalização, aparecendo como perigo social somente a partir do segundo terço do século XIX, com o aumento da população nos aglomerados urbanos, com a percepção da força política capaz de produzir e participar de revoltas, e com o surto de cólera de 1832. Estas foram as principais razões para que estas classes sociais fossem consideradas um perigo médico a ser controlado, contribuindo assim para um processo de esquadrinhamento da cidade por meio da divisão do espaço urbano em espaços de ricos e de pobres. Neste processo o poder político passa a intervir diretamente no direito de propriedade e da habitação privada. Desta forma, “as intervenções em locais insalubres, as verificações de vacinas, os registros de doenças tinham de fato por objetivo o controle das classes mais pobres” (FOUCAULT, 1984, p.96).

Os alvos da medicina social ao longo do seu desenvolvimento foram distintos, passando pelo foco na organização de um corpo estatal, seguida da organização da unidade urbana nas cidades, até atingir os corpos pobres e trabalhadores que de certa forma resistiam a essa medicalização da vida. Entretanto, não podemos afirmar que esta foi uma sucessão linear, sequencial, consecutiva, já que sabemos que essas medicinas coexistiram, com mais força em determinados países e em determinadas épocas, do que em outras.

De modo geral, o sistema de medicina social inglesa foi o que teve maior eficácia e continuidade, visto que permitiu a realização de três sistemas médicos superpostos e

coexistentes, com faces e formas de poderes diferentes, sendo eles, a medicina assistencial destinada aos pobres, a medicina administrativa reservada ao cuidado dos problemas universais de saúde da população, como as epidemias e as vacinações, e a medicina privada que beneficiava aos mais ricos. Isto fez com que no final do século XIX e primeira metade do século XX, existisse uma análise médica detalhada das condições de saúde da população, permitindo a construção de um saber-poder médico científico que vem sendo atualizado e propagado não só na Europa, mas em todo ocidente (FOUCAULT, 1984).

O processo de constituição da medicina social em um campo de saber/poder e sua ascensão na modernidade está atrelado à passagem da sociedade soberana para a sociedade disciplinar ocorrida no século XVIII (FOUCAULT 1984; 1987). A Sociedade Soberana é caracterizada pela concentração do poder nas mãos de um rei, ele é tido como o representante do poder divino na terra e utiliza a ameaça de morte e a punição física pública como formas de controle. “Uma forma de poder que se exerce sobre a terra e os produtos da terra, muito mais do que sobre os corpos e sobre o que eles fazem” (FOUCAULT, 2005, p. 43). Já a Sociedade Disciplinar é marcada pela centralização do poder no Estado, pela vigilância e governo da vida e pela lógica do confinamento, operada em diversas instituições – o hospital, a escola, a fábrica, o presídio, entre outros. A disciplina é uma forma de poder “que pressupõe muito mais uma trama cerrada de coerções materiais do que a existência física de um soberano, e define uma nova economia de poder cujo princípio é o de que se deve ao mesmo tempo fazer que cresçam as forças sujeitadas e a força e a eficácia daquilo que as sujeita” (FOUCAULT, 2005, p. 42).

A conexão feita por Foucault, entre a medicalização da sociedade e o governo da vida foi uma das premissas que tornaram possível o afloramento da hipótese do biopoder. Para Foucault, o biopoder é usado na indicação dos dois modos de configuração do poder na sociedade ocidental a partir do século XVII. O poder disciplinar, direcionado à sujeição e disciplinarização dos corpos (entre os séculos XVII e XVIII) e o poder referido ao Estado ou de controle das populações – biopolítica (a partir dos fins do século XVIII). O biopoder é entendido segundo Pellizzaro (2013, p. 156) como um “poder que se exerce sobre a vida, seja diretamente sobre a vida de cada pessoa em particular, seja por meio de uma ação sobre a vida das pessoas enquanto membros de uma população”. Não se trata de uma sobreposição histórica de um poder sobre o outro, mas que a partir do fim do século XVIII o poder disciplinar convive com a biopolítica, sendo cada um deles com as suas práticas específicas e complementares. “Enquanto o poder disciplinar se desenvolveu a partir de uma prática oriunda das instituições intra-estatais, pode-se dizer que o governo da biopolítica é uma técnica de poder que se desenvolveu a partir dos mecanismos da macroesfera do Estado” (p. 161). Ou seja, a biopolítica



está diretamente conectada ao controle dos aspectos essenciais da vida humana, como nascimento, doenças, morte, produção etc. Isto nos reporta para aquilo que Foucault chama de governamentalidade. “Uma forma específica de poder que tem como alvo a população, como forma principal de saber a economia política e com instrumentos técnicos essenciais, os dispositivos de segurança” (REVEL, 2005, p.54). É também uma tendência Ocidental, do século XVI e XVII, em que o Estado apropria-se da organização social, política e econômica da população, por meio da associação com outros poderes, como a medicina, para ocupar-se do corpo da família como instrumento privilegiado para o governo da população.

Para Foucault (1984) “o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo (...). O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política” (p. 80). Para Revel (2005, p. 27), ela “representa uma ‘grande medicina social’ que se aplica à população a fim de governar a vida: a vida faz, portanto, parte do campo do poder”. Ela é uma tecnologia de poder que rege e regulamenta a vida, assimilando-a e reformulando-a.

O fundamental dessa análise é perceber que saber e poder médico sobre a “arte de curar”<sup>11</sup> articulam-se mutuamente. Não há relação de poder sem constituição de um campo de saber e vice-versa. A medicina, então, aliada aos interesses do Estado de organizar o espaço público, controlar e vigiar a população nos grandes aglomerados urbanos, percebe a necessidade da medicalização dos grandes estabelecimentos, frutos do crescimento das cidades. Essas instituições – hospitais, cemitérios, fábricas, prisões, hospícios, dentre outros – tornam-se indispensáveis ao funcionamento das cidades e são exigência da complexidade crescente da vida social.

O projeto de medicalização das instituições passa pela análise da localização e organização interna das mesmas, tematizando assim a relação entre o espaço urbano e o espaço institucional e propondo a ordenação de seu interior. Essas intervenções médicas tanto no âmbito da coletividade, população e cidade, quanto no âmbito das pequenas coletividades enclausuradas nas instituições, visavam protegê-las dos perigos escondidos nos espaços institucionais de saúde. Ou seja, o objetivo final da medicina social é, de diversos modos, formar ou reformar física e moralmente o cidadão, corrigindo os excessos dos homens e buscando estabelecer o equilíbrio entre as dimensões físicas e morais<sup>12</sup>. (MACHADO et al, 1978).

---

<sup>11</sup> Termo utilizado por Roberto Machado et al em seu livro “Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil” (1978).

<sup>12</sup> Normalização do sensível.

O hospital como instrumento terapêutico data do final do século XVIII. Inicialmente, minimizaram-se os efeitos nocivos da desordem a ele atribuída pela sua má localização e organização interna, que poderia provocar doenças, ser foco de epidemias e de contágio, para somente depois medicalizá-lo (FOUCAULT, 1984; MACHADO et al, 1978). As funções de instrumento de cura, de aprendizado e de produção de conhecimento científico do hospital só vão surgir no século XIX, após passar por rigoroso processo disciplinar em sua estrutura e modos de funcionamento (FOUCAULT, 1984; MACHADO et al, 1978). A disciplina, a qual o hospital e outras tantas instituições foram submetidas é entendida por Foucault (1984, p.106), como um tipo específico de poder exercido sobre os indivíduos enclausurados que incidia sobre seus corpos e implicava em três características básicas: organização do espaço, onde os corpos eram inseridos individualmente, classificados e combinados; controle do tempo, para produzir um corpo mais eficiente e produtivo; e uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos, que exerce seu controle sobre o desenvolvimento da ação e implica um registro contínuo do conhecimento produzido. Ou seja, a disciplina possui um caráter pedagógico.

No asilo, o tratamento moral apresentava função pedagógica à medida que procurava dominar as tendências “viciosas” dos loucos, seus pensamentos e sentimentos. O movimento terapêutico asilar procurava recuperar no louco os aspectos comuns da vida na sociedade industrial. O tratamento moral também se relaciona com o processo da educação infantil, na busca pelo controle do conjunto de suas ações, instintos e pensamentos, produzindo sujeitos condizentes com o novo modelo de sociedade (BIRMAN, 1978). Tanto a criança, como o louco eram vistos como alienados, ociosos, pessoas que necessitavam do cuidado de outros para sobreviver e por isso, precisavam ser controlados.

Para Falret, citado por Birman (1978, p.375) “o meio social exercia uma ação contínua sobre os homens que nele viviam. Os indivíduos se modificavam mutuamente, pela troca contínua que se daria entre eles através de suas ideias e sentimentos. Nesta troca permanente, um homem educava o outro”. O processo educativo que se dava de forma espontânea no meio social se daria também no asilo, no entanto, de modo intencional, com influência ativa do tratamento moral dado pela medicina psiquiátrica para aqueles que perderam o controle dado pela espontânea prática pedagógica social.

Assim como a escola, o asilo, o hospital e outras instituições de confinamento, também foram instrumentos para a propagação desse poder médico durante o século XX, que ao mesmo tempo em que estava preocupado com o estado de saúde da população, produzindo saber/conhecimento sobre a urbanização, também expandia o seu poder/domínio através da disciplinarização e normalização dos hábitos cotidianos. “Era em nome da medicina que se

vinham ver como eram instaladas as casas, mas era também em seu nome que se catalogava um louco, um criminoso, um doente” (FOUCAULT, 1984, p.151).

A partir do século XXI, as mudanças na forma de organização do poder, a instauração da lógica do confinamento, em toda a sociedade, sem que seja necessária a existência de muros que separem o público do privado, vão caracterizar este como um período de transição da sociedade disciplinar para a sociedade de controle. De acordo com Deleuze (1992; 1995) esse período é marcado pela disseminação, horizontalização e impessoalidade do poder, estando diretamente ligado aos dispositivos tecnológicos de vigilância. Para este autor, os mecanismos de vigilância da população se aprimoraram e passaram de uma vigilância institucional, da sociedade disciplinar, para uma vigilância geral, estendendo-se para todos os âmbitos da vida pública, não mais se localizando, estritamente, no indivíduo, mas no coletivo.

A sociedade do controle caracteriza-se justamente pela invisibilidade e pela virtualização do seu poder junto às redes de informação, pautada em fluxos que se atualizam constantemente e que são responsáveis pela construção de certas identidades. Por isso, o símbolo do controle não é mais o *panóptico*<sup>13</sup>, mas a *web*, pois é no ciberespaço que as informações e conhecimentos, elementos estratégicos para a manutenção do poder, nessa nova sociedade informacional, são controlados.

Em outros termos, o final do século XX e início do XXI, segundo Deleuze (1992), é um período de transformação social, marcado pela crise das antigas instituições de confinamento (disciplinares) e fatalmente o aparecimento de novos dispositivos de controle, sem que as ferramentas disciplinares sejam extintas, mas sim aperfeiçoadas. O Estado que na sociedade disciplinar era um grande ditador de condutas, através das instituições, se torna, na sociedade de controle, onipresente, modulando-as continuamente segundo variáveis cada vez mais complexas, deixando na mão dos indivíduos a suposta responsabilidade pela gestão do seu próprio cuidado.

Houve também mudanças nas relações antes permeadas pela hierarquia, vigilância individual, autoridade e centralização do poder, para um momento de perspectivas descentralizadoras, onde a participação de todos foi estimulada. Em consonância com essa ideia Passetti (2000, p. 9) afirma que:

---

<sup>13</sup> Era um edifício em forma de anel, no meio do qual havia um pátio com uma torre no centro. O anel dividia-se em pequenas celas que davam tanto para o interior quanto para o exterior. Em cada uma dessas pequenas celas, havia, segundo o objetivo da instituição, uma criança aprendendo a escrever, um operário a trabalhar, um prisioneiro a ser corrigido, um louco tentando corrigir sua loucura, e na torre, havia um vigilante. (Armazém de ideias, 2016).

No interior das sociedades de controles contínuos, os lugares são redefinidos por fluxos. O investimento não é mais no corpo propriamente dito; interessa agora é extrair o máximo de energias inteligentes<sup>14</sup>, fazer participar, criar condições para cada um se sentir atuando e decidindo no interior das políticas de governos, em organizações não-governamentais e na construção de uma economia eletrônica.

O triunfo das atividades, seja economicamente ou politicamente, depende na atualidade da capacidade do uso de informações e dos conhecimentos que as sociedades conseguem agregar. A normalização médica do sensível não foge a esses fluxos, ao passo que o saber-poder médico que a controla, trabalha neste momento, sob uma lógica onde todos são convocados e responsabilizados pela participação ativa no seu autocuidado e no cuidado coletivo em saúde.

No Brasil, oitocentista, embora ainda alicerçado na soberania - fortemente marcado pelo regime absolutista governado pelo imperador e com a predominância da violência repressiva sobre a sociedade – ensaiava-se também ações características da sociedade disciplinar, pois no final do século, tem início um processo de transição do poder imperial para o poder republicano por meio do qual se defendia que era necessário construir uma nova ordem para organizar a população, “uma nova ordem não mais fundada nas hierarquias de sangue, mas nas hierarquias de propriedade, dentre elas a do saber” (GONDRA, 2000, p.521) e das instituições de confinamento que auxiliavam a vigia exaustiva da sociedade.

Historicamente as relações de poder sofreram adaptações nos domínios nos quais eram exercidas pela força brutal e punitiva no século XIX, principalmente, e no século XX, com menor impacto. No Brasil isso ocorre durante a transição entre os regimes de poder, numa adaptação que conjuga a força bruta e a disciplina, constituindo um sistema de poder capaz de moldar o indivíduo, transformando em um indivíduo dócil, útil e disciplinado. Foucault (1987, p.126) afirma que “a primeira das grandes operações da disciplina é então a constituição de ‘quadros vivos’ que transformam as multidões confusas, inúteis ou perigosas em multiplicidades organizadas”.

Na passagem do período Imperial para a República no Brasil “[...] a associação entre saúde, educação moral e nacionalismo fundia-se em uma mesma compreensão sobre a finalidade social da escola primária e dos projetos de reconstrução da sociedade brasileira pela educação” (SOUZA, 2009, p.309). Os ideais de criação da nação brasileira passavam pelos

---

<sup>14</sup> Corpos dóceis e úteis; mentes inteligentes, conectadas.

propósitos atribuídos a matérias curriculares como, por exemplo, educação física, higiene, puericultura e trabalhos manuais. Souza (2009) afirma, ainda, que práticas simbólicas existentes no espaço escolar avivaram sentimentos e valores cívicos-patrióticos. Corroborando com essa ideia, Vidal (2000) relata que a construção da nação brasileira, por volta da década de 1920, passava pelo desafio da “regeneração social” da população - constituída de brancos, negros, indígenas e estrangeiros. Segundo os educadores da Escola Nova esta regeneração só poderia ser alcançada através da educação das massas, ou seja, educação que visava democratizar o ensino no Brasil, levando-o a maior parte da população, “nacionalizar o estrangeiro e abraçar o brasileiro” (p. 514).

O discurso médico-científico ganha força no Brasil no começo do século XIX, mas tem início ainda no século XVIII, quando chegam as primeiras ideias iluministas, através de brasileiros que vão estudar em universidades europeias e entravam em contato com as teorias e pensamentos iluministas que se desenvolviam na Europa (GONDRA, 2000). Ao retornarem ao país propagavam esses ideais, principalmente nos centros urbanos. Dentre os principais ideais iluministas estavam o domínio da razão sobre a visão teocêntrica, onde os fatos precisavam ser explicados e vistos sobre a ótica da razão científica para apresentarem legitimidade, constituindo-se como um período de normalização do sensível (campo dos afetos) e de tudo aquilo que não fosse considerado racional e científico. Corroborando com essa ideia, Buriti (2011) afirma ser este um período intenso de tráfico de ideias, “boas maneiras”, principalmente através dos leitores, viajantes e comerciantes ingleses e franceses. É um momento em que se disseminavam as novas tecnologias vindas do outro lado do Atlântico, dentre as quais o saber e o poder da medicina e o controle médico sobre as normas familiares.

De acordo com Costa (1999), é a partir do período oitocentista que o governo Português passa a ter um interesse específico pelas cidades brasileiras, até então o povoamento e a urbanização do Brasil estava relegado à iniciativa particular dos colonos, desde que os interesses políticos e econômicos coincidissem com os de Portugal. No entanto, mudanças ocorridas nesse período, a exemplo da descoberta do ouro, potencializou as cidades a ele vinculadas e criou, paralelamente, uma elite com interesses divergentes do reino como “negociantes, homens de letra, militares, funcionários públicos, religiosos e outras camadas sociais” (COSTA, 1999, p. 19) que se opuseram à exploração portuguesa, provocando episódios de boicote econômico e insubordinação política à administração real. Daí surgiram as primeiras tentativas organizadas para tomar as rédeas das cidades e da população em função dos interesses do Estado. Entretanto, “essas tentativas de controle orientavam-se pela percepção colonial do que era ordem, lei, justiça, transgressão e punição” (COSTA, 1999, p.20).

Essa nova prática de poder, disciplinar, que possui procedimentos bem peculiares e instrumentos inovadores, “incide primeiro sobre os corpos e sobre o que eles fazem, mais do que sobre a terra e sobre o seu produto. É um tipo de poder que se exerce continuamente sobre vigilância e não de forma descontínua por sistemas de tributos e obrigações crônicas” (FOUCAULT, 2005, p. 42), fazendo com que os governantes estabelecessem uma nova estratégia: aliciar novos agentes de coerção para auxiliar no processo de manutenção da ordem urbana, dentre eles estava a medicina higiênica que a partir desse momento inseria-se no governo político dos indivíduos.

A medicina era reconhecida pela valorização crescente de seu *status* de saber científico/racional que fazia com que os médicos fossem constantemente convidados para exercer funções político-administrativas e consultados para confirmar e legitimar as ações governistas, através do seu saber. No entanto, desde o século XIX, essa subordinação jurídico-administrativa ao Estado incomodava a medicina, que almejava independência em suas ações de saúde destinadas a população. E foi justamente isso que a aliança com o novo sistema de governo imperial ajuda a construir. A medicina agora como saber-poder dá um passo fundamental em relação a essa independência. Incorporou a cidade e a população no seu campo de saber, apresentando uma prática política específica, com um poder especializado e que assumiu a responsabilidade em melhorar as condições sanitárias e sociais da cidade (ROBERTO MACHADO et al, 1978; COSTA, 1999).

A noção de salubridade agregada pela medicina ligou-se diretamente aos interesses do país. As epidemias, febres, focos de infecção e contágio do ar e da água sempre foram problemas para o gerenciamento colonial. A população estava sendo devastada pelas epidemias e a taxa de mortalidade era elevada. A salubridade enquanto campo de atuação da higiene pública ambiental, das formas de vida, das substâncias/elementos naturais e consequentemente das condições de saúde da população, possuía utilidade primordial para eliminar o caos sanitário que se encontrava o Brasil (COSTA, 1999).

Machado et al (1978) ressaltam em seu livro “A danação da norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil”, que desde o século XIX, a medicina ganha características de polícia médica, vista como um meio de controlar os cidadãos e prevenir as doenças através da vigilância do comportamento e atitudes da população. A normalização do sensível surge em um período em que a educação e o controle médico defendem o equilíbrio e condenam as paixões e os excessos, isto é, a “falta moral” passa a ser causa das doenças e por isso precisava ser controlada para que a ordem reinasse na sociedade (BURITI, 2011).

Gondra (2000) afirma que a medicina voltada para os problemas de ordem social, deslocando o foco da doença para a produção da saúde se institucionaliza no Brasil ao longo do século XIX coincidindo com o processo de consolidação e legitimação da medicina ocidental, enquanto ciência e saber. A medicina, por meio do seu novo discurso, apresenta duas principais características: a primeira, é que ela deveria penetrar na vida social da população, preocupando-se com seus componentes naturais, urbanísticos e institucionais; e a segunda era a sua atuação como apoio indispensável ao exercício do poder do Estado. Buscando corroborar com essas ideias, Costa, (1999), Gondra (2000) e Buriti (2011) afirmam que o século XIX é o período em que a normalização médica da família atuou em estreita relação com o desenvolvimento urbano e a criação de um Estado Nacional brasileiro.

A higienização das cidades, estratégia do Estado moderno, esbarrava constantemente com os hábitos e condutas da tradição familiar que levavam os indivíduos a não se submeterem aos propósitos do governo. Deste modo, o Estado brasileiro encontrou na família um dos mais fortes obstáculos à sua consolidação e, por isso mesmo, uma de suas políticas específicas teve como alvo uma nova conversão da família ao Estado através da higiene, não mais como era tratada no período colonial, de maneira punitiva, fundamentada nos mecanismos de repressão e coerção, característico de uma sociedade soberana. Mas, com a criação de novos mecanismos de convencimento e artifícios de investida, conhecido pela medicina social com o nome de higiene familiar.

A norma, diferente do poder repressivo, tem seus fundamentos histórico-políticos nos Estados modernos dos séculos XVIII e XIX, e sua compreensão teórica explicitada pela noção de dispositivo (COSTA, 1999). Foucault (1984) define dispositivo como um conjunto de elementos heterogêneos que englobam discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, etc., que se relacionam entre si e funcionam para responder a uma dada urgência em determinado tempo histórico. As práticas discursivas, que formam os dispositivos, reforçam em nível dos saberes disponíveis – conhecimento científico, concepções filosóficas, figuras literárias – e da racionalidade as técnicas de sujeição (COSTA, 1999).

Essa intervenção normalizadora da família defendia a saúde física e moral e executava a política de Estado em nome dos direitos dos indivíduos. Assim, foram criadas duas frentes de normalização: a primeira, medicina doméstica, direcionada ao interior da família burguesa, com intuito de estimular a política populista, reorganizar as famílias em torno da conservação e educação das crianças. A segunda, direcionada às famílias pobres sob a forma de campanhas moralistas e higienistas da coletividade. Destarte, a família vira um dos alvos mais importantes do saber-poder médico (COSTA, 1999).

A medicina social alicerçada na produção de saúde amplia a atuação para o âmbito da prevenção, para a compreensão das causas das doenças, sem limita-la à atuação sobre ao processo de cura. A mudança no objeto da medicina faz crescer o interesse dos médicos por questões naturais, urbanísticas e comportamentais da população, compreendendo ser essa a causa de inúmeras doenças. Machado et al (1978, p.155) afirmam que para a medicina social “se a sociedade, por sua desorganização e mal funcionamento, é causa da doença, a Medicina deve refletir e atuar sobre seus componentes naturais, urbanísticos e institucionais visando neutralizar todo perigo possível”.

Este tipo de medicina procurava agregar à lógica da razão médica outros saberes, como a estatística, a geografia, a demografia, a história e a topografia para que, com isso, o seu saber ganhasse legitimidade científica (MACHADO et al, 1978). A expansão dos novos saberes da medicina produziu um novo poder, e vice-versa, que o transformou em modos de sujeição sobre toda a sociedade. As estratégias de disseminação do seu saber/poder se valeram da legitimidade dada ao caráter científico, de “verdade”, do saber médico para prescrever formas de comportamento e atuar junto a outros saberes na sociedade. Estas formas de comportamento, conforme Gondra (2000) e Buriti (2011), foram propagadas principalmente através da educação, que nesse período, século XIX, era considerada a panaceia para todos os problemas do país.

Educar nessa nova perspectiva de sociedade moderna/burguesa, de acordo com Gondra (2000), exigia uma nova organização e o estabelecimento de um processo de formação a longo prazo, através da lógica da razão. Era um período de caráter civilizador, onde os livros/manuais que circulavam, entre a burguesia, eram instrumentos que apresentavam propostas de transformação social através da ocupação do privado e da construção de um feminino que seria responsável pelo cuidado de si, dos outros membros da família e consequentemente da sociedade (BURITI, 2011). Novas instituições estavam sendo criadas e instituídas, a medicina social fornecia um modelo de organização escolar com base no saber/poder médico que retirou a educação da ótica do privado – familiar e/ou religiosa – o monopólio sobre a formação das crianças, decidindo sobre as leituras obrigatórias, sobre o currículo, a localização, a alimentação, a arquitetura, a higiene e a organização escolar. Surgia, então, o caráter pedagógico da medicina e a figura do médico como um educador, formador de hábitos e comportamentos sociais.

O monopólio do discurso médico foi produzido no Brasil, basicamente, apoiado em duas estratégias, de acordo com Gondra (2000). A primeira foi a criação da Sociedade Médica que tinha como objetivo zelar pelos interesses médico-sociais e de ensino da Medicina, sob o



patrocínio do Estado. A segunda constituiu-se no processo de formação ao qual os futuros médicos passaram a ser sujeitados para terem direito ao exercício da profissão, o que poderia ser entendido como o primeiro espaço de dominação do saber médico, o corpo dos próprios médicos. Em outros termos, assegurando o controle exclusivo dos processos de formativos, seletivos, organizacionais e de fiscalização da medicina, garantiu-se a produção e a posse sobre o saber da “arte de curar”, legitimado por uma razão científica.

A medicina fundamentava o seu papel pedagógico<sup>15</sup> na necessidade de propagação desse saber sobre a arte de curar que norteasse a ação coordenada da sociedade. A razão médica produzia uma verdade que deveria ser ensinada tanto ao governo, quanto a população, que eram tidos como ignorantes, sendo os principais destinatários desse discurso os pais e os mestres, os primeiros por serem responsáveis pela educação interna, familiar, e os segundos pela educação externa, escolar. Logo, alinhar o discurso e principalmente as condutas era fundamental para a construção da nova ordem social Brasileira (MACHADO et al, 1978).

Ainda de acordo com Machado et al (1978), desse novo ensino, gestado pelo biopoder, nasceria um novo governo e a noção de população. Governo constituído na obrigação com o bem comum, conduzido pela razão e comprometido com o desenvolvimento da civilização.

População constituída de cidadãos, os homens que cumprem os seus deveres. O cidadão é o outro lado do bem comum, sendo que o primeiro diz respeito a um processo de construção e o segundo, a princípio apriorístico. O cidadão é fruto da transformação do povo, massa confusa, guiada pelos instintos e sentidos; pertence a uma ordem que se movimenta pela razão, pelo conhecimento; é o homem percebido em relação com os outros homens, relação controlada e voltada para a harmonia<sup>16</sup>. O cidadão é forjado a partir de um projeto de ordem social; permite o funcionamento perfeito da sociedade, cumpre os seus deveres e ajuda decisivamente a preservar o que é de todos. (MACHADO et al, 1978, p.255-256)

Esse novo tipo de medicina política, que propõe organização social, se coloca ao lado da democracia, da liberdade e da civilização, sugerindo-se como colaborador imprescindível a qualquer governo esclarecido. Inaugura ainda a figura do médico como alguém que além de dominar um saber, uma técnica, também é detentor de um poder, de uma autoridade, alguém que faz intervenção social e que traz ao Estado o apoio da ciência (MACHADO et al, 1978). E considerando a nova conformação dos aglomerados urbanos, a normalização médica da vida/sensível se liga intrinsecamente a uma ação permanente de organização, controle e

---

<sup>15</sup> Estado pedagogo que conforma condutas, educação que beira o sentido de socialização, instituição de modos de ser e de conviver.

<sup>16</sup> Normalização do sensível.

regularização da vida social. Isto é, eles elaboram uma teoria social, definem os requisitos de uma sociedade ideal, ordenada e democrática e efetivam sua participação no comando da sociedade, “impedindo a ação destruidora que o homem é levado por suas paixões desregradas e seus instintos cegos”<sup>17</sup> (MACHADO et al, 1978, p.259).

As mudanças ocorridas no âmbito da saúde pública no Brasil, por volta das décadas de XX e XXI, talvez sejam uma provável resposta às reivindicações feitas pelos movimentos sociais da época. Pois, se entendermos aqui o poder sobre a lógica da genealogia de Foucault como uma prática social historicamente constituída e não como um objeto natural ou uma coisa a ser possuída, ou seja, como prática social, de luta, de afrontamento, de relação de força e situação estratégica que se disputa e se exerce em níveis variados e em pontos diferentes da rede social, entenderemos também que nessa complexidade existem micro-poderes, integrados ou não ao Estado e que a cada investida de um dos opositores há movimento do outro, num constante processo de atualização dos poderes envolvidos (FOUCAULT, 1984) na normalização do sensível.

## 2.2 - NORMALIZAÇÃO DO SENSÍVEL: ATUALIZAÇÕES E RESISTÊNCIAS

Em uma perspectiva de produção histórica, as práticas de saúde revelam uma multiplicidade e multidimensionalidade do cuidar que parecem estar organizadas a partir de duas orientações: os cuidados que vão garantir e assegurar a manutenção e a continuidade da vida (cuidado); e os cuidados que vão fazer recuar a morte (tratamento). Na origem, estas duas orientações coexistem, são complementares e geram-se mutuamente. Mas, Foucault (1994), afirma que os cuidados de manutenção e continuidade da vida em determinado tempo histórico passam a ser negados e excluídos do discurso biomédico. Já os cuidados para evitar a morte, cuidado curativos, nascidos das descobertas empíricas, são reconhecidos como os únicos científicos, criando-se uma distinção entre cuidar e tratar.

A instituição de um corpo de conhecimentos científicos produzidos no desenvolvimento da ciência médica inaugurou o campo do tratamento cujo foco é a doença. Com isso, nessa sessão aproximo as ideias de normalização do sensível no campo da saúde e normalização médica do sensível, da ideia de tratamento, onde o foco é a doença e não os sujeitos.

A lógica da normalização médica do sensível tem sido instituída na saúde e pela saúde desde o século XIX, através da prescrição verticalizada de padrões de comportamento e da operação de estratégias de vigilância e punição, criando um dispositivo de seleção dos normais

---

<sup>17</sup> Normalização do sensível.

e dos anormais, do que é normal e do que é patológico. Estas prescrições e estratégias se atualizam durante todo o século XX tendo como eixo central a disciplinarização do corpo. O domínio, a consciência sobre o seu próprio corpo só poderia ser alcançada pelo investimento do poder sobre o corpo, através de disciplinas como a educação física: ginástica, exercícios, desenvolvimento muscular, exercido exaustivamente sobre os corpos das crianças, dos soldados, na família, na produção de corpos saudáveis e disciplinados (FOUCAULT, 1984).

O vínculo estabelecido entre as influências científicas sobre a população e sobre o corpo justificava a relevância alcançada pela medicina (FOUCAULT, 2005). Tal saber-poder apresentava-se, desde o seu surgimento, colonizador, invadindo, ocupando e conquistando novos territórios que iam do “interior para o exterior” (VIDAL, 2000, p.512), e que ditavam as formas de respirar, de se movimentar, de asseio, de escrever, enfim, de viver. Jurandir Costa (1999) analisa que estas considerações sobre a normalização médica da vida, direcionada principalmente sobre a família, possa até parecer historicamente injusta, já que no que diz respeito ao progresso científico da higiene, seu benefício para os indivíduos foi inegável. Mas, ele salienta que o importante é perceber que essa eficiência científica da higiene atuou decisivamente na política de transformação dos indivíduos em função da razão do Estado (FOUCAULT, 1994).

Deste modo, ensinar em saúde pode ser considerado “um processo que busca governar condutas, produzir determinadas práticas, incluir e excluir, hierarquizar, normalizar e dividir os sujeitos entre aqueles que sabem e não sabem, em quem tem boa saúde e quem não tem, e em quem segue e quem não segue as regras” (Meyer et al 2013, p.2). Os profissionais da saúde, a partir deste ponto de vista, seriam então aqueles que deteriam o conhecimento para ditar ‘boas’ condutas, produzir novas práticas, definir quem está saudável e quem está doente, e julgar aqueles “pacientes” que não cumprem as regras estabelecidas no contato como profissional.

Estes modelos de práticas pedagógicas normalizadoras na saúde começam a ser questionadas a partir das décadas de 80 e 90 do século XX, no Brasil, quando surgem diversas reivindicações advindas de movimentos sociais, formados por trabalhadores da saúde, usuários e familiares de pacientes psiquiátricos. Estes movimentos lutavam pela melhoria e ampliação no cuidado em saúde oferecido a população. A defesa de eixos como a *universalidade* que procurava garantia de acesso a saúde pública e de qualidade para todos, a *equidade* como princípio que visa ofertar mais atendimento a quem tem menos, a *integralidade* que objetiva observar as pessoas em seus múltiplos sentidos e o *controle social* que visa a participação e a contribuição de todos os envolvidos no processo de saúde, não mais como pacientes, passivos no processo, mas como integrantes ativos na construção do próprio cuidado.

Então, se por um lado surgem novas atualizações dos micro-poderes que resistem e propõem o rompimento com esta lógica normalizadora, exigindo “transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços e sistemas de saúde, indicando a necessidade da construção de novas relações entre usuários e trabalhadores e destes entre si” (PEREIRA e BARROS, 2009, p.01). Por outro, as tecnologias de poder da medicina e do Estado se atualizam em uma sociedade de controle.

A este movimento de atualização dos micro-poderes correspondeu uma atualização do saber-poder médico e do Estado, que buscou estimular essa participação dos indivíduos no próprio cuidado, “fique nu... mas seja magro, bonito, bronzado” (FOUCAULT, 1984, p. 147). Assim, movimentos populares como a Reforma Sanitária Brasileira (1970) e a Luta Atimanicomial (1987), foram sendo institucionalizados pelo Estado e regulamentados por leis, como a Reforma Psiquiátrica Brasileira regulamentada pela Lei 10.216 de 2001 e o Sistema Único de Saúde, regulamentado pela lei 8080 de 1990, por exemplo. Estas políticas de saúde figuravam mudanças no olhar sobre o processo saúde-doença-cuidado, com vistas à melhoria da atenção à saúde. Avanços na descentralização<sup>18</sup> e na regionalização<sup>19</sup> da atenção e da gestão do sistema de saúde, ampliação dos níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social, foram perceptíveis.

Apesar de alguns avanços percebidos com o advento do SUS, a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho ainda tensionam as relações entre os diferentes profissionais e entre estes e os usuários, além de fragilizar as dimensões sociais e subjetivas dessas práticas de atenção. Este fator pode estar balizado na complicada distância mantida, entre a formação de profissionais de saúde, o debate e a formulação das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004a). Em razão deste distanciamento entre trabalho e formação, no início do século XXI, foram gestadas no âmbito do Ministério da Saúde duas políticas de formação orientadas por uma dada aposta na indissociabilidade entre formação e trabalho: A Política Nacional de Humanização (PNH) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PEPS), ambas orientadas pela lógica de que as práticas em saúde são também práticas formativas.

---

<sup>18</sup> Princípio norteador do SUS que corresponde à transferência do poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal (Ministério da Saúde - MS) para os estados (Secretarias Estaduais de Saúde – SES) e municípios (Secretaria Municipal de Saúde – SMS). Esta transferência ocorre a partir da redefinição das funções e responsabilidades de cada nível de governo em relação à condução político-administrativa do sistema de saúde em seu respectivo território (nacional, estadual, municipal) (BRASIL, 1990).

<sup>19</sup> Princípio norteador do SUS que corresponde à delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, que leva em conta a divisão político-administrativa do país, mas contempla a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde, sub-divisões ou agregações do espaço político-administrativo (BRASIL, 1990).

E é sob a ótica da indissociabilidade entre trabalho e formação que estou operando. Isto é, as intervenções na área da saúde são nesta pesquisa encaradas como práticas pedagógicas, que como tal, proporcionam processos educativos em saúde. Educar supõe processos de ensino e aprendizagem, sendo que o ensino presume homogeneização e a aprendizagem conjectura criação de possibilidades de singularização (Guattari; Rolnik apud Meyer; Felix; Vasconcelos, 2013).

Compreendo, então, que por traz de toda prática formativa há princípios pedagógicos que podem ser normalizadores, com utilização de estratégias normalizadoras da vida, e movimentos pedagógicos que almejam a possibilidade de múltiplos viveres. Na seção seguinte trabalho a interseção entre a PNH e a PEPS, apostando nos múltiplos viveres e atentando para não cairmos nas armadilhas normalizadoras das políticas propostas pela aliança medicina-Estado, que podem se transformar em políticas públicas que ditam modos de se formar e trabalhar no SUS.

### **3 – INTERSEÇÃO ENTRE AS PROPOSTAS PEDAGÓGICAS DE DUAS POLÍTICAS (PEPS & PNH) E UM MODO SINGULAR DE FORMAÇÃO NO SUS**

Por volta da década de 70 e 80, no Brasil, cresce o número de insatisfações relacionadas aos modos de atenção à saúde. Procedimentos médicos que não levavam em consideração o consentimento de usuários, o necessário sigilo das informações, suas dimensões subjetivas e sociais, bem como os atendimentos desrespeitosos por parte de alguns profissionais de saúde, pareciam construir um certo tipo de sensibilidade destes frente ao sofrimento das pessoas, práticas de gestão autoritárias, deficiências nas condições concretas de trabalho, incluindo a deterioração dos ambientes e das relações de trabalho, descompromisso com os direitos dos usuários, a falta de respeito à diversidade de etnia, raça, orientação sexual, às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.), dentre tantas outras.

Essas insatisfações levaram a uma série de reflexões sobre a formação para a área da saúde e de reivindicações que acabaram orientando propostas, programas e políticas relativas à transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços e sistemas de saúde, e de formação de trabalhadores (PEREIRA e BARROS, 2009). O setor saúde, desde este período, vinha sendo submetido a um importante processo de reforma de Estado, protagonizado por significativos segmentos sociais e políticos, com o objetivo central de dar continuidade e fazer avançar o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), assim como a implementação do SUS.

A formulação de uma proposta política para a área da saúde, a exigência de novas perspectivas teóricas e de produção tecnológica neste campo, são algumas das marcas desse processo que passou a exigir novos delineamentos profissionais. Para tanto, tornou-se fundamental o comprometimento das instituições de ensino, em todos os níveis, com o SUS e com o projeto tecnoassistencial definido nas Leis n. 8080/90 e 8142/90. Instâncias do SUS assumiram papel fundamental na produção de mudanças no campo da prática e da formação em saúde, “na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva”. Além de provocar importantes impactos nas estratégias e modos de ensinar e aprender em saúde (CECCIM e FEUERWERKER, 2004a, p. 44).

Muitas ações do setor permitiram o desdobramento de um dado pensamento crítico e incentivaram o fortalecimento do movimento por mudanças no processo de formação. Programas como os de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), de Capacitação e Formação em Saúde da Família, de Profissionalização dos Trabalhadores da

Área da Enfermagem (Profae), dentre outros, caminharam nessa direção, mobilizando pessoas e instituições, e aproximando instituições formadoras e sistemas de saúde do SUS (CECCIM e FEUERWERKER, 2004a). Propostas e políticas de ações estratégicas que visavam a transformação, rompimento com a normalização do sensível, nos serviços de saúde e nos processos formativos também foram gestadas no Ministério da Saúde.

A partir de 2003 foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, através do Decreto nº 4.726, de 9 de junho. Responsável pela gestão federal do Sistema Único de Saúde (SUS) no que se refere à formulação de políticas orientadoras da formação, do desenvolvimento, da distribuição, da regulação e da gestão dos trabalhadores da saúde. Sendo algumas de suas principais finalidades a promoção da ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; a elaboração e proposição de políticas de formação e de desenvolvimento profissional para essa área; o planejamento, a coordenação e o apoio as atividades relacionadas ao trabalho e à educação na área da saúde. Algumas políticas gestadas nesta secretaria foram a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PEPS) e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde<sup>20</sup> (PNEPS).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída em 2004 pela Portaria 198, objetiva “a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho em saúde”. Além de explicitar “a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde” (BRASIL, 2004b, p.20). Ela é orientada por uma lógica pedagógica descentralizadora, ascendente e transdisciplinar que propõe similarmente à PNH, mudanças nos processos de trabalho em saúde (CECCIM e FEUERWERKER, 2004a).

A PNEPS foi instituída através da portaria nº 2761/2013 do Ministério da Saúde, reafirmando:

[...] o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS (BRASIL, 2013, p. 01).

---

<sup>20</sup> Fiz a opção de trabalhar apenas com a PNH e com a PEPS sem a intenção de menosprezar a importância das outras políticas de formação no SUS. Essa opção se deu pela proximidade da minha experiência-formação com essas duas políticas.

A PEPS é uma política que não anseia por prescritividade, nem por “oferecer um modelo para a gestão da educação na saúde nas demais esferas de gestão do SUS. Considera, de outra forma, as autonomias dos demais entes federados, as especificidades, capacidades e o trabalho já desenvolvido em cada esfera de governo nesta área”. (BRASIL, 2009, p. 5).

Ceccim (2005, p. 161) define EPS como “[...] um processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano”. Surge, portanto, justamente na tentativa de romper com a exclusividade do saber acadêmico e busca trazer à tona o conhecimento produzido a partir de realidades concretas do cotidiano do trabalho. Desta forma, a formação dos profissionais de saúde se apresenta como um projeto educativo que extrapola a educação puramente técnico-científica da profissão e se estende pelos aspectos estruturantes das relações e das práticas, almejando todos os elementos de relevância social que contribuam para a qualidade de saúde (CECCIM & FEUERWERKER, 2004).

Outra política que surgiu das inquietudes das mudanças nos modelos de gestão e de atenção no SUS e do campo da formação em saúde foi a Política Nacional de Humanização, que tem como objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção à saúde, norteadas pelos valores da autonomia e protagonismos dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2006). Orientada pelos princípios da indissociabilidade entre atenção e gestão dos processos de produção de saúde e da transversalidade enquanto aumento do grau de abertura comunicacional intra e intergrupos e protagonismo de sujeitos e coletivos.

Conduzidas pelas diretrizes de acolhimento, cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa do direito dos usuários e fomento aos coletivos e redes, construção da memória do SUS que dá certo; e pelos dispositivos de acolhimento<sup>21</sup> e classificação de risco, apoio institucional<sup>22</sup>, gestão colegiada, equipes de

---

<sup>21</sup> “Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário” (BRASIL, 2006, p. 35).

<sup>22</sup> “Novo método de exercício da gestão. Proposta de um modo interativo, pautado no princípio de que a gerência/gestão acontece numa relação entre sujeitos, e que o acompanhamento/coordenação/condução (apoio) dos serviços/equipes deve propiciar relações construtivas entre esses sujeitos, que têm saberes, poderes e papéis diferenciados” (BRASIL, 2006, p. 36).



referência<sup>23</sup>, apoio matricial<sup>24</sup>, projetos terapêuticos singulares e projetos cogeridos de ambiência, projeto memória do SUS que dá certo, dentre outros (BRASIL, 2006).

A PNH busca uma valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS; Apoia à construção de redes cooperativas; Visa o fortalecimento do controle social; Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando a formação-intervenção por meio de cursos e oficinas a partir da discussão dos processos de trabalho as diretrizes e dispositivos da PNH são vivenciados e reinventados no cotidiano dos serviços de saúde.

Essa política propõe uma tarefa desafiadora: “valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores” (BRASIL, 2006, p.8) e estímulo dos mesmos a produzirem novas atitudes e novas éticas no campo do trabalho – práticas de gestão e de cuidado na saúde – que visem a superação de problemas e desafios do cotidiano (PASCHE e PASSOS, 2010).

O conceito de “humanização” surge, no âmbito da saúde, colado à lógica dos direitos humanos, ao passo que valoriza a inserção dos usuários como cidadãos e enfatiza a perspectiva ética na relação entre usuários e profissionais da saúde. Direito não está atrelado à bondade, à benevolência, à hospitalidade, valores articulados a discursos morais que poderiam levar a estratégias pedagógicas ligadas a “modos certos” de se ofertar cuidado em saúde, disseminadas por estratégias prescritivas de capacitação e treinamento (PASCHE e PASSOS, 2010). Isto é, “[...] no campo das políticas públicas de saúde ‘humanização’ diz respeito à transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços e sistemas de saúde, indicando a necessária construção de novas relações entre usuários e trabalhadores e destes entre si” (PEREIRA e BARROS, 2009, p. 5).

As duas políticas, PNH e PEPS, carregam uma dimensão pedagógica estreitamente ligada à transformação dos processos formativos dos trabalhadores da saúde, mas principalmente carregam mudanças nos modos de se pensar política formativa. Estes processos são guiados pelos princípios de que não há formação sem processos de mudança, formação como uma construção necessária de novas relações e processos de trabalho que implicam os agentes envolvidos, as instituições e as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde.

---

<sup>23</sup> “Grupo que se constitui por profissionais de diferentes áreas e saberes (interdisciplinar, transdisciplinar), organizados em função dos objetivos/missão de cada serviço de saúde, estabelecendo-se como referência para os usuários desse serviço (clientela que fica sob a responsabilidade desse grupo/equipe)” (BRASIL, 2006, p. 41).

<sup>24</sup> “Nova lógica de produção do processo de trabalho onde um profissional, atuando em determinado setor, oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipes e setores” (BRASIL, 2006, p.36)

Vale dizer que nesta dissertação não me detenho aos aspectos históricos e políticos de implementação das políticas, mas sim a compreensão das proposições metodológicas dos processos formativos que fundamentam a PEPS e a PNH.

### 3.1 MOVIMENTOS QUE COEXISTEM E DISPUTAM NO CAMPO DA FORMAÇÃO NO SUS

O debate sobre o campo da formação esteve durante muito tempo atrelado, basicamente, à transmissão de conteúdo, à valorização da racionalidade e ao ensino de técnicas, que apresentam uma determinada sequência lógica. Estas técnicas eram previamente marcadas por um saber científico e muitas vezes desvinculadas do saber cotidiano. A universidade ainda é o espaço mais legitimado para a produção da Ciência Oficial, onde estão em disputa subjetividades, que interferem, diretamente, nos modos de produzir saber, com pretensão de verdade e de invalidação de outros saberes, almejando a produção de um “modo ideal” de formação profissional/pessoal, classificado como desejado, aguardado (BARROS, 2011; FEUERWERKER, 2014).

Assim como a universidade, outros espaços também produzem saberes, embora com um grau inferior de legitimação científica, a exemplo de escolas, serviços de saúde, praças, clubes, ruas, dentre outros, que vão desde a arquitetura dos espaços, até as relações estabelecidas entre as pessoas. Conforme Barros (2011), a palavra formação apresenta inúmeras ambiguidades e adquire múltiplos sentidos nos diferentes contextos em que é aplicada e nos efeitos provocados por suas práticas. Dois deles aparecem com frequência neste debate: ‘competência técnica’ e o ‘compromisso político’. O primeiro carrega a ideia de habilidade técnica a ser adquirida. O segundo carrega uma ideia de que somente a aquisição de uma “consciência crítica” possibilitaria a formação de profissionais aptos a interferir nos processos sociais, desarticulando o instituído (BARROS, 2011). Para Abrahão e Merhy (2014, p. 314), dois entendimentos de ensinar e aprender estão presentes na formação. Um está colado à convicção de que haverá formação/aprendizado quando os alunos forem expostos a um saber científico. E o outro, relaciona-se a uma prática pedagógica promotora de saberes e articulações inéditas que serão experimentadas durante a ação problematizadora inerente ao trabalho.

No campo da formação em saúde, alguns autores (BARROS 2011; ABRAHÃO e MERHY, 2014; MEYER et al, 2013) também reconhecem a coexistência de pelo menos dois que disputam entre si. O primeiro, que será por mim intitulado movimentos de normalização (padronização), situam o cuidado em saúde como produto do saber dito científico, valendo-se

de táticas que normalizam a vida das pessoas. Nos serviços de saúde há inúmeras pactuações de programas de capacitação com instituições intermediárias que não conhecem as necessidades reais dos serviços, oferecidas sob a forma de “produtos enlatados”. Sem falar na falta de “[...] avaliações e memórias institucionais que permitam absorver a experiência, analisar os obstáculos e os resultados, servindo de base para futuras experiências” (BRASIL, 2009, p.40). E o segundo, aqui nomeado, movimentos de diferenciação (especificidade), investe, na prática cotidiana em saúde, “as possibilidades de se alinharem os diferentes modos de produção do viver, singulares, e que constituem as maneiras de andar a vida, nos processos de encontros micropolíticos entre trabalhadores e usuários” (GUATTARI & ROLNIK, 2000, apud ABRAHÃO & MERHY, 2014, p.315).

Para Merhy e Feuerwerker (2009), movimentos formativos afeitos à normalização partem de um determinado olhar sobre o sofrimento humano. Quando olhamos para um sofrimento como o resultado de uma doença que atinge humanos e olhamos a clínica como um saber que nos permite identificá-la no corpo biológico, passamos a classificar qualquer fenômeno de sofrimento como doença.

Os estudos de Foucault (2006a), acerca do nascimento da clínica, fundamentam seu olhar no exame minucioso do saber médico e nos apresentam essa dicotomia dentro da clínica médica. Essa clínica pautada na sintomatologia ignora todo um campo da subjetividade do usuário do sistema de saúde, focando apenas em um determinado modo de ver e dizer saúde. Ou seja, desde o momento em que o conhecimento médico se define em termos de regularidade, fabricam-se modos de ver e dizer as práticas em saúde. Apostando-se, também, na necessidade de construção de um domínio supostamente neutro, supostamente homogêneo, onde seja possível uma comparação entre o normal e o patológico, onde a patologia possa ser analisada e conduzida à normalidade, através de estratégias normalizadoras. Sendo um dos seus principais representantes, o domínio hospitalar. Neste ambiente, os olhares e os dizeres devem ser equipados com uma armadura lógica que exorciza desde o início a ingenuidade de um empirismo não preparado, deixando de fora os diversos elementos constitutivos da existência humana. Isto é, “a gênese da manifestação de verdade é também a gênese do conhecimento de verdade” (FOUCAULT, 2006a, p. 121).

A partir desta análise da constituição da clínica médica, percebemos, também, que mesmo nas perspectivas mais amplas que a saúde coletiva tem do processo (histórico e social) saúde-doença, quando direciona o olhar sobre a doença, há uma aposta que esse olhar parta de algum saber científico, objetivo (MERHY e FEUERWERKER, 2009). Com isso, esta constituição de modos de olhar e dizer saúde-doença, que significa uma maior ou exclusiva

atenção aos aspectos ou sintomas visíveis e dizíveis, pauta-se na ação sobre o biológico, excluindo muitos elementos que são constitutivos da produção da vida humana e apesar dos sucessivos avanços científicos, tenham perdido potência e eficácia na dimensão cuidadora das ações de saúde. Do mesmo modo, a formação constituída, exclusivamente, no saber científico, não dá visibilidade e pertinência ao complexo mundo do usuário e daquilo que buscam nos serviços de saúde, produzindo normalizações nas pessoas.

Frequentemente, percebemos as marcas desta aprendizagem, centradas num certo modo de fazer-pensar ciência, nos serviços. Os obstáculos produzidos para dificultar o acesso dos usuários ao cuidado integral são evidenciados quando a busca pelo problema biológico foca a ação do profissional nos procedimentos positivistas e mecanicistas, e torna raso o interesse no outro e a escuta empobrecida, dificultando o olhar ampliado sobre os planos da vida do usuário (ABRAHÃO e MERHY, 2014, p.315). Entretanto, apesar da abordagem objetificada, há lógicas, interesses e dinâmicas na conformação das corporações médicas que atuam diretamente nos processos de subjetivação de professores, estudantes, pacientes e profissionais. Interfere, “[...] por exemplo, no ideal de prática, lugar da medicina, enfermagem, odontologia, fisioterapia etc., na produção da saúde, relação com as demais profissões, modos de produzir sucesso, relação com o complexo médico-industrial” (FEUERWERKER, 2014, p.121).

Para Feuerwerker (2014), apesar de toda essa moralidade atuando na produção de subjetividade na saúde, existe uma disputa com as máquinas conceituais que os movimentos de mudança e as políticas de saúde conseguiram produzir. Tem-se um cenário complexo de intensas disputas. Sob a ótica do sistema de saúde há o SUS e um setor privado, com existências distintas e também inter-relações previstas constitucionalmente. Há várias realidades, facetas e dimensões distintas dentro do SUS e vários setores privados disputando por modelos hegemônicos de práticas médicas. Dentre as inúmeras realidades existentes dentro SUS, há aquela concebida pela força dos movimentos sociais e da reforma sanitária, onde se apresenta um sistema público, de acesso universal e que luta, apesar de ainda insuficiente, pela integralidade na atenção e por novos modos de produzir saúde com a participação ativa dos cidadãos. Aquela estruturada pela indústria farmacêutica com produção ativa do modelo médico hegemônico, há, também a realidade inventada nas pequenas cidades com pouca circulação de capital. Bem como, a conformação do SUS nas pequenas cidades de grande circulação de capital.

De acordo com Merhy e Feuerwerker (2014, p. 95), o território do trabalho em saúde “[...] é habitado por dois vetores opostos que se encontram e se tensionam a toda ação, a todo

encontro. Os vetores do território do trabalho morto e do trabalho vivo<sup>25</sup>. Por trabalho morto entende-se os saberes tecnológicos e os produtos materiais frutos de um trabalho anterior ao campo da saúde, por exemplo, os conhecimentos estruturados na saúde, os espaços arquitetônicos dos hospitais, os equipamentos e os insumos utilizados na saúde, que operam a princípio como espaços estruturados do cuidado em saúde. Ou seja, aspectos normalizadores do cuidado. Por trabalho vivo, entende-se os encontros com o outro – entre usuários, comunidade, profissionais da saúde e gestores –, as tecnologias relacionais que só existe no ato, no momento exato em que a ação se dá. Assim, cada território termina produzindo o modelo de cuidado empregado nos serviços de saúde, isto é, produzido pelos seus movimentos de diferença. Por isso, deve-se atentar às chamadas “valises tecnológicas” (MERHY & FEUERWERKER, 2014, p. 96) ou “caixa de ferramentas” (MERHY, 2004; MERHY & FEUERWERKER, 2009) compostas por três distintas modalidades de tecnologias apresentadas por esses autores.

A primeira, chamada de tecnologia dura, vincula-se ao conjunto de conhecimentos introdutórios e ao conjunto de procedimentos (diagnósticos e terapêuticos) pelos quais um paciente é examinado que nos auxilia a manusear equipamentos e medicamentos no cuidado terapêutico. Operando através do trabalho morto (máquinas) e do trabalho vivo de seus operadores.

O segundo tipo, refere-se ao olhar e a atitude intervencionista do profissional sobre o usuário, a partir de um certo ponto de vista pré-estabelecido por saberes bem definidos, como a clínica e a epidemiologia. Esse tipo de tecnologia é a chamada de leve-dura, pois envolve tanto o trabalho morto dos saberes construídos anteriormente (epidemiologia), quanto o trabalho vivo, imprevisto, produzido, somente, a partir dos encontros que se dão em ato. Ou seja, para esses autores, este sempre será um território de tensão entre a dureza do olhar e do pensamento estruturado e a leveza exigida pelas relações. Podendo predominar no ato clínico a dureza dos processos mais estruturados ou a leveza dos processos mais maleáveis e sensíveis.

E a terceira caixa de ferramentas, tecnologia leves, é aquela que se dá no âmbito das relações presentes no encontro entre trabalhador e usuário, onde se realizam os processos de escuta, de construção de vínculo e de interesse pela vida do outro. E das três caixas, essa é a que mais possibilita alcançar as singularidades dos contextos e sujeitos. Isto é, as tecnologias duras, são compreendidas como os equipamentos e medicamentos; as leve-duras, são os

---

<sup>25</sup> Conceito utilizado por Emerson Merhy no livro “Saúde: cartografia do trabalho vivo” de 2002.

conhecimentos estruturados da clínica e da epidemiologia; e a leves, compreendem as tecnologias relacionais: a escuta, o cuidado, o estabelecimento de vínculo com os usuários etc.

Conforme Merhy e Feuwerker (2009), as práticas em saúde são processos singulares e não devem ser objetificáveis, já que promovem processos de subjetivação que superam práticas e saberes tecnológicos estruturados. Por isso as tecnologias de ação mais estratégicas para a intervenção em ato são as tecnologias das relações (tecnologias leves), que envolve saberes que transcendem os conhecimentos duros-leves e os equipamentos duros-mortos. Não queremos com isso negar a incorporação e estruturação das novas tecnologias e dos avanços científicos, mas entendemos que é também neste território do trabalho vivo em ato – âmbito das relações e dos encontros – que os usuários dispõem de vasta oportunidade de atuar, de interagir, de gerir sua saúde e também de afetar e ser afetado no sentido de sua cura; de um ambiente de cura, em oposição à ideia de hospital como espaço da doença e do adoecimento.

Partilhando desses ideais dos movimentos de diferenciação, Pinheiro e Luz (2003) nos desafiam a produzir um novo olhar sobre o processo de formação quando nos convocam a compreender que é no campo da prática, e não na formulação de currículos prescritos e programáticos, cuja propedêutica visa uma formação voltada ao exercício da prescrição biomédica, que as transformações se fazem essencialmente necessárias. Defendem que o campo da prática em saúde deve seguir o princípio da integralidade, que as instituições de saúde devem assumir um papel estratégico na absorção dos conhecimentos de novas formas de agir e produzir integralidade em saúde, posto que em um mesmo território coexistem e disputam diferentes perspectivas e interesses dos mais diversos atores sociais (profissionais de saúde, gestores e usuários).

Meyer, Felix e Vasconcelos (2013, p. 2) comungam dessa concepção quando sugerem processos formativos que nos possibilitem educar o nosso olhar, dentro de uma perspectiva de “[...] movimentos de olhar, aprender e significar o que se vê”, ou seja, abrir o corpo, (des)aprender velhas práticas, a partir dos diversos sentidos que os variados grupos culturais produzem para ver, nomear e significar o mundo à sua volta. Baseadas nesse entendimento, as autoras salientam que “não apenas o nosso olhar, mas nossos corpos são educados por um conjunto de processos que nos transformam, e pelos quais somos transformados, em sujeitos de uma cultura” (MEYER; FELIX; VASCONCELOS, 2013, p. 2). Isto é, tomar o campo das práticas de cuidado e práticas de gestão em saúde, como espaços pedagógicos que nos ensinam cotidianamente, me desafia a produzir novos olhares sobre a produção de saúde a partir da escuta daquilo que não se vê, mas que se mostra nos discursos e queixas dos usuários, mas, também, dos próprios profissionais, estudantes e professores (MEYER et al, 2013).

Para a Organização Pan-Americana da Saúde a formação profissional exige continuidade para que ocorram melhorias nos processos de cuidado. Entretanto, se entendermos a educação continuada como um processo de acúmulo teórico e o cotidiano do trabalho como espaço de aplicação dessa teoria, essa formação torna-se insuficiente para perceber as várias nuances da existência humana. A noção de educação permanente nos parece muito mais apropriada, dado que encara que o território de práticas do trabalho vivo informa, cria e recria a teoria e a prática necessária. A EPS, de acordo com Ceccim e Ferla (2015), precisa ser entendida sob o aspecto pedagógico, como uma ‘prática de ensino-aprendizagem’ e sob o aspecto político, como uma ‘política de educação na saúde’. O que deve ser realmente central à sua análise é a permeabilidade frente às variações das ações e dos serviços de saúde; a sua amarração política com a formação de perfis profissionais e de serviços; a introdução de instrumentos, espaços e temáticas que auxiliem no processo de auto-análise, autogestão, implicação, mudanças nos processos e modelos instituídos, e abertura para experimentações mais afetivas e sensíveis no campo da saúde pública (CECCIM, 2005).

Enquanto uma das políticas públicas que ordena os processos formativos em saúde no SUS, a EPS “afirma a perspectiva da construção de espaços locais, microrregionais e regionais com capacidade de desenvolver a educação das equipes de saúde, dos agentes sociais e de parceiros intersetoriais para uma saúde de melhor qualidade” (CECCIM e FEUERWERKER, 2004a, p.50). Mas, para que isso de fato se concretize, é preciso que a integralidade do atendimento em saúde seja o eixo norteador de todos os processos de formação e de atenção à saúde, sendo este, capaz de provocar impacto no cuidado ofertado à população (CECCIM e FEUERWERKER, 2004; CECCIM e FEUERWERKER, 2004b; PINHEIRO et al, 2003; MATTOS, 2003; CAMARGO, 2003).

Os serviços de atenção básica, de acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004a) são locais estratégicos e fundamentais para se alcançar a noção de Atenção Integral a Saúde no SUS. Ressaltam ser esse o ambiente propício para a educação permanente em saúde, entendendo que a problematização dos processos de trabalho devem nortear as práticas reflexivas e reinventivas em saúde. Dito de outra forma, todo o processo de educação permanente preconiza organização, preparação e execução com base em uma análise estratégica da cultura institucional dos serviços de saúde em que se insere (BRASIL, 2009). São os componentes dessa cultura que fazem a mediação entre trabalhador e usuário. Não obstante, se seus componentes interferem ou constituem seus modos e meios políticos.

Merhy e Onocko (1997; CECÍLIO, 1994; *apud* CECCIM e FEUERWERKER, 2004a) sinalizam o acolhimento como uma possibilidade de encontros e trocas, o vínculo estabelecido

entre profissionais e usuários, a responsabilização dos profissionais perante os problemas de saúde que estão sob o seu cuidado, o desenvolvimento da autonomia dos usuários e a resolutividade da atenção, são pontos essenciais para a superação dos limites da formação e das práticas tradicionais em saúde. Partindo dessa reflexão, a formação no trabalho torna-se uma proposição pertinente para a produção desse modo singular de operar o sistema de saúde, pois proporciona a articulação entre gestão, atenção, ensino e controle social no enfrentamento dos problemas cotidianos de cada equipe de saúde em seu território de atuação.

Esses mesmos autores, sugerem que uma vez incorporada a EPS ao cotidiano da gestão setorial e da condução gerencial dos serviços de saúde, ela posiciona o SUS como um “[...] interlocutor fundamental das instituições formadoras, na formulação e implementação dos projetos político-pedagógicos de formação profissional, e não mero campo de estágio ou aprendizagem prática” (CECCIM e FEUERWERKER, 2004a, p. 59). As reivindicações da formação no trabalho em saúde não se definem exclusivamente assentadas nas carências individuais de atualização, nem de ordenações centrais, mas principalmente com base em problemas organizacionais do trabalho, “[...] considerando a de prestar atenção relevante e de qualidade, com integralidade e humanização, e conduzir ações, serviços e sistemas com produção em rede e solidariedade intersetorial” (CECCIM e FEUERWERKER, 2004a). O processo formativo deve levar em conta não apenas o repasse de informações, mas, sobretudo, colocar em análise o ordenamento da realidade e as forças políticas que compõem o desenho dessa dada realidade que desejamos transformar.

A formação deve estar atrelada ao movimento de transformações na sociedade, aos valores em mutação, aos ruídos habituais dos serviços e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho, para não serem capturados pelos saberes e práticas instituídas nos equipamentos, nas tecnologias duras, no trabalho morto (MERHY, 1994, *apud* CECCIM e FEUERWERKER, 2004a) concentrados nos dados do visível sintomático, como determina a tradição clínica segundo a arqueologia foucaultiana. Se entendermos o trabalho em saúde como um trabalho de escuta, conforme afirmam Ceccim e Feuerwerker (2004a), em que a interação profissional de saúde e usuário é determinante para a qualidade da resposta assistencial; a qualificação profissional é imprescindível para a melhoria das práticas de cuidado na saúde e deve ser estruturada a partir da lógica problematizadora dos processos de trabalho, assumindo como referência as carências de saúde das pessoas e populações, da gestão setorial e do controle social. Capacita, assim, os seus profissionais a dar acolhimento à palavra do outro e cuidado às várias dimensões (subjetiva, biológica e social) dos usuários (CECCIM e FEUERWERKER, 2004a).



Já a PNH apresenta uma proposta pedagógica de formação com percursos bastante semelhantes à EPS, principalmente, por sua relação direta entre formação e trabalho. Apresenta-se como uma política que se quer inclusiva, ou seja, que se propõe a acolher e incluir a diversidade, na produção de saúde e produção de subjetividades. Provoca estranhamentos e consequentemente instabilidade nas práticas cotidianas de trabalho, tendo nisto matéria prima fundamental para a construção de modos de gestão afinados com interesses coletivos e práticas clínicas similares às práticas da vida (BRASIL, 2010).

A PNH busca por em prática princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, através da produção de mudanças nos modos de gerir e de cuidar, apostando, dentre outras coisas, na desafiante tarefa de pensar-fazer modos de intervenção no SUS. Esses modos de pensar-fazer saúde sinalizam a relevância de algumas questões nos momentos de planejamento, da formulação e execução dos processos formativos, tais como: estar engajados com uma micropolítica do cotidiano; foco nos processos de trabalho em saúde, entendidos como campos de produção de fazer-saber; formação que se configure em múltiplas formas de ação; articulação e negociação entre saberes e fazeres de gestores, profissionais e usuários; além de compreender “que formar é, necessariamente, intervir, e intervir é experimentar em ato as mudanças nas práticas de gestão e de cuidado, na direção da afirmação do SUS como política inclusiva, equitativa, democrática, solidária e capaz de promover e qualificar a vida do povo brasileiro” (PASCHÉ & PASSOS, 2010, p.9). Isto é, para trabalhar a formação a partir da PNH é preciso compreender que os processos de formação, os modos de cuidar e os modos de gerir são indissociáveis, ainda que sejam distintos (HECKERT e NEVES, 2010).

Barros (2011), por sua vez, defende a indissociabilidade técnico-política na formação, valorizando as competências técnicas, essenciais para o processo de cuidado e apontando, sobretudo, para uma competência técnica colada a uma prática cotidiana que não seja asséptica, mas, que valorize além dos aspectos biológicos, os afetos, os desejos e as paixões presentes na história de vida dos usuários. Isso quer dizer que entre profissional e usuário algo mais deve estar presente na relação mediada pela técnica e pela tecnologia anátomo-fisiológicas. Percebendo que as histórias são singulares e produzem inúmeros saberes, mediações simbólicas devem compor a política inerente às relações humanas no âmbito institucional da saúde. Guiados pela ideia da interseção pedagógica entre PNH e EPS (VASCONCELOS et al, 2015), é sobre o desafio de começar pelo meio, de se trabalhar sob o primado das relações, Tateando uma abertura ao sensível, que trabalharemos processos em disputa no âmbito da formação, apontando modos formativos em movimento na saúde, Falaremos também da utilização dos conceitos como ferramentas nos processos formativos.

### 3.2 POR UM MODO SINGULAR DE FORMAÇÃO NO SUS

A formação dos trabalhadores do SUS tem sido alvo de inúmeras discussões e estudos, chegando a entrar como pauta rotineira nas agendas de gestores, instituições educativas e profissionais das mais diversas áreas, especialmente as áreas da Saúde e da Educação Pública. Um dos temas mais comuns é a distância entre o que usualmente chamamos de formação programática e teórica e aquilo que aparece no cotidiano do trabalho vivo em ato, acarretando o desinteresse de muitos profissionais por esses processos formativos desvinculados de sua prática. Verificar essa conjuntura e produzir novos sentidos para a saúde é papel tanto do SUS como de instituições formadoras de profissionais. Cabe a ambos coletar, sistematizar, analisar e interpretar constantemente informações cotidianas, problematizar as teorias a partir das práticas e das organizações de saúde e de ensino, e produzir novos significados e práticas que possibilitem a participação ativa de gestores setoriais, formadores, usuários e estudantes (CECCIM E FEUERWERKER, 2004a).

Nesta dissertação nosso posicionamento é pelos processos formativos advindos dos encontros cotidianos no trabalho e para isso apoiamos no debate proposto por Abrahão e Merhy (2014, p. 316), que buscam operar, a partir de conceitos (conceitos-ferramentas), nas disputas do campo da formação. Para eles essas disputas estão imbricadas em um contexto de quatro tensões: “[...] [i] formação como experimentar; [ii] formação como um movimento de produzir-se; [iii] formação como território do trabalho vivo em ato e [iv] formação como criação”.

Na tentativa de compreender um conceito como ferramenta os autores se utilizaram do acolhimento como exemplo e chegaram à seguinte conclusão: se observarmos o conceito de acolhimento como representação da vida, naturalmente chegaremos a um consenso de como deveria ser um bom protocolo de acolhimento dos usuários. Mas, a mudança estaria, apenas, no âmbito da organização do serviço e o foco ainda estaria na observação da doença ou de sua sintomatologia. Ou seja, o acolhimento seria o espaço para onde o usuário deveria ser encaminhado quando chegasse ao serviço e não houvesse vaga imediata para atendimento. Tornando-se um local onde a queixa seria escutada e acolhida, no intuito de ser selecionada e classificada para um atendimento mais resolutivo.

No entanto, se tomarmos esse mesmo conceito como um conceito-ferramenta, as alterações seriam de outra ordem. Provocariam e despertariam alterações no corpo e na relação usuário-profissional de saúde. Isto é, as transformações estariam no campo do sensível daquilo que toca o usuário e que toca o profissional (formação-ferramenta). “O acolhimento adquire a

dimensão da nossa própria ação trabalhador-usuário, existe, portanto, como um acontecimento<sup>26</sup> e não como uma representação” (ABRAHÃO E MERHY, 2014, p. 316). Para estes autores, o acolhimento é entendido enquanto encontro intercessor de trocas dos acontecimentos micropolíticos cotidianos, podendo implicar na produção de novos sentidos na efetuação.

A utilização de conceitos-ferramentas que possibilitem novos arranjos nos processos formativos em saúde, ativam elementos heterogêneos – de ordem objetiva, subjetiva, sentimental, sensorial e etc. – presentes na relação usuário-aluno-professor-profissional. Este movimento vai expandindo as possibilidades do experimentar em diferentes campos de problemas, trazendo à cena disputas dos mecanismos de subjetivação existentes no campo da formação. Identificamos neste cenário tanto práticas de ensino centradas no saber docente, quanto ‘aulas-experimentos’, que levam em conta os múltiplos modos de existência e adicionam novas possibilidades de problematização e saberes. O exercício de conceitos-ferramentas no ato da formação ajuda-nos a produzir a partir desse encontro interseções com novas dimensões da experiência como contraponto da teoria e a expansão da vida e do cuidar de si<sup>27</sup>. Então, dessas quatro tensões, mencionadas acima, surgem três dos nossos conceitos-ferramentas: Experimentar, produzir-se, território. Os outros três são, o estranhamento, a (des)aprendizagem e a invenção.

Estes conceitos-ferramentas são compreendidos a partir de uma lógica ora hierárquica, ora de sobreposição de ação entre cada um deles. O primeiro conceito a ser trabalhado é o de território. Entendo que este é pressuposto para a emergência de todos os outros. Sem ele não há estranhamentos, nem (des)aprendizagens, nem experimentações e invenções de problemas e muito menos produção de si no trabalho vivo em ato. Consequentemente, também não há abertura para o sensível. É no território, que está para além de espaço físico, onde estranhemos situações das quais poderíamos simplesmente reproduzir automatismos cotidianos ou produzir inventividades. Na invenção de problemas somos convidados a aprender ou (des)aprender velhos hábitos produzindo invenção de si ou produzindo-se em direção à abertura para o sensível.

---

<sup>26</sup> Em Deleuze (1982), o acontecimento é um conceito paradoxal, não segue o bom senso (que fecha o sentido) e nem o senso comum (que dá identidade fixa). Acontecimento é o local de troca entre o estado de coisas e o improvável, o sujeito neste instante é tomado, buscando produzir algum tipo de sentido na efetuação. É exatamente por não ter sentido em meio àquilo que já existe que o acontecimento obriga o sentido, fazendo com que o sujeito busque novos significados para dar conta do que acontece a ele.

<sup>27</sup> Foucault (2010)

## **Território**

O conceito de território do qual estamos nos referindo parte da noção de “territórios existenciais” de Guattari para trabalhar o conceito de território como ferramenta, como nos referimos na primeira seção dessa dissertação. Esse conceito tão caro ao SUS e que ainda está em construção não é aqui limitado, apenas, ao entendimento de espaço físico ou geográfico socialmente estabelecido como uma cidade, um estado, um país e os seus equipamentos institucionais da saúde como o hospital, por exemplo. Mas, é também entendido como trabalho, como o resultado das articulações entre a sociedade e os movimentos sociais, econômicos, políticos e culturais (ABRAHÃO & MERHY, 2014). Em outras palavras “os territórios [...] são no fundo, antes relações sociais projetadas no espaço, que espaços concretos” (SOUZA, 1995, p.87).

O território da saúde é efetivamente um território existencial do qual é caracterizado pela multiplicidade dos elementos constituintes de subjetividade e que disputam no âmbito micropolítico os processos de produção de vida e de existência. “O território é de inscrição de sentidos no trabalho, por meio do trabalho, para o trabalho” (CECCIM, 2005, p.983).

O território como um conceito-ferramenta é compreendido como um espaço de disputas desses vetores, mas também como um espaço de estranhamentos, de (des)aprendizagens, de experimentações, de inventividades e de produção de autonomia dos trabalhadores em relação às suas programáticas, onde é possível se reinventar cotidianamente, reinventar seus atos de saúde e reinventar a relação usuário-trabalhador (ABRAHÃO & MERHY, 2014). Desse modo, trabalho vivo e morto intervém na realidade por relações de cooperação. As tecnologias leves passam a se interpor entre as duras e as leves-duras e o usuário. Dito de outro modo, entre a agulha da seringa e a pele/músculo do usuário não existe apenas mediação técnica e um conhecimento anátomo-fisiológico; mas, laços políticos, limites econômicos, diferenças e semelhanças culturais que participam da efetividade clínica do procedimento e da sensibilidade ligada ao sentimento de dor. A seringa e o ato da injeção são atravessados pelas relações de afeto e poder.

O processo de territorialização ou habitação de um território (KASTRUP, 2001) provoca a corporificação de conhecimentos (práticas e saberes).

Para habitar um território é necessário explorá-lo, torná-lo seu, ser sensível às suas questões, ser capaz de movimentar-se por ele com ginga, alegria e descoberta, detectando as alterações de paisagem e colocando em relação fluxos diversos: técnicos, cognitivos, políticos, comunicacionais, afetivos etc.. (CECCIM, 2005, p.175).

Deste modo, o território do trabalho funciona como um exercício formativo na saúde que produz-se no encontro com o outro. Habitar um território nos coloca em permanente questionamento do nosso agir sobre o outro, indicando possibilidades de agir com o outro e ser sensível aos afetos cotidianos (ABRAHÃO & MERHY, 2014).

## **Experimentar**

A experiência “é em primeiro lugar um encontro ou uma relação com algo que se experimenta, que se prova” (BONDÍA, 2002, p.25), é também “algo que nos toca, que nos acontece” (p.21) e tem como elemento essencial a formação ou transformação dos sujeitos. Bondía afirma que o saber da experiência só acontece para aqueles que estão abertos ou se expõem a sua própria transformação e por isso mesmo são saberes particulares, subjetivos, contingentes e pessoais e não podem ser generalizados.

Partindo dessa noção de experiência, entendo o conceito de experimentação como um processo formativo que nos convoca à disposição do exercício de aprender, percebendo o trabalho cotidiano como um espaço de relações micropolíticas capazes de transformar tanto quanto as macropolíticas de Estado. Experimentar durante o ato de cuidar nos desperta sensações e afetos e avança à medida que nos reconhecemos e nos estranhemos no outro e em um processo de produção de subjetividade, de vida e de produção do cuidado entre as pessoas, suas singularidades e multiplicidades. Nesta perspectiva, “[...] experimentar supõe um agir, um interagir pelo qual o corpo apreende um conteúdo qualquer, isto é, lhe confere um sentido” (ABRAHÃO e MERHY, 2014, p.318).

A experiência traz à tona recordações de ações vividas e produz conexões entre afetos vivenciados que se atualizam no ato de produzir-se na formação. Embora haja uma ativação da memória de aprendizagens passadas, que se encontram na condição de programas ou automatismos de ação, a mobilização destes afetos deve servir para convocar novos saberes, ou seja, se atentar para os novos dados da experiência, incorporar novas rotas de ações, produzindo assim uma caixa de ferramentas<sup>28</sup> conceitual composta de saberes e estratégias pedagógicas das quais o trabalhador possa dispor, imprevisivelmente, a produção do cuidado em saúde (ABRAHÃO e MERHY, 2014).

A partir da experiência da produção cotidiana, o ensinar ganha um novo significado nos espaços de saúde (hospitais, centros de atenção psicossociais, a visita domiciliar, etc.). Nossas vivências anteriores fazem conexão com os dados empíricos e produzem um leque de caminhos

---

<sup>28</sup> Conceito utilizado por Emerson Merhy no livro “Saúde: cartografia do trabalho vivo” de 2002.

possíveis no cuidado. Isto é, podemos nos limitar ao conhecimento que já possuímos, pautado no nosso saber inflexível, quando fechamo-nos à experiência, deixando pouco espaço para experimentações e invenções cotidianas. Podemos “ampliar um pouco mais com a escuta, abrindo a caixa, mas fechando em seguida com a prescrição de modos de controlar a doença”, ou ainda, podemos nos abrir para a associação de acontecimentos do território vivo em ato (ABRAHÃO e MERHY, 2014, p. 318).

### **Estranhamento**

Penso junto com Kastrup (2001, p. 23) quando afirma que o desenvolvimento da aprendizagem “é sempre resultado da tensão entre as formas existentes, constituídas historicamente, e os abalos, as inquietações, os estranhamentos que nos afetam”. Por isso, o conceito de estranhamento é tão estimado nesta dissertação, ele “se constitui de perturbações, rupturas no fluxo cognitivo habitual, ocasionando certa descontinuidade no processo cognitivo”, provocando um distanciamento crítico do corriqueiro para ter acesso a uma nova dimensão ‘visível’ apenas pelo ‘olhar’ do sensível. O estranhamento apresenta-se como um movimento que potencializa o surgimento do original, do inédito, do incomum e do singular.

### **Invenção**

A inventividade no trabalho pode ser compreendida como uma capacidade inventiva vinculada à experiência cotidiana, capaz de a objetividade protocolar de um procedimento ser mediada e composta pelas subjetividades envolvidas pelo ato. Kastrup (2001, p.18) baseia-se na filosofia de Bergson (1907/1948) para elaborar o conceito de invenção. Para esta filosofia a invenção caracteriza-se por dois aspectos: o primeiro, é que a invenção é sempre novidade e por isso mesmo, inesperada. O segundo, é que a invenção é sempre invenção de problemas e não apenas invenção de soluções.

A invenção como um conceito-ferramenta da formação em saúde apresenta, no ato formativo, o caráter imprevisível do processo de aprender e a invenção de problemas cotidianos. Com isso, “não entendemos a invenção como algo raro e excepcional, privilégio exclusivo de artistas ou mesmo de cientistas” (KASTRUP, 2011, p.19), mas como algo que está presente no funcionamento cotidiano da cognição “e diz respeito à capacidade que ela tem, no seu funcionamento concreto, de diferir de si mesma, sendo alterada por experiências de problematização e também por fatores sociais e históricos” (SANCOVSCH & KASTRUP, 2008, p.168).

Para Kastrup (2001) a invenção significa um movimento de transformação próprio da cognição sem que este pressuponha um inventor. O potencial inventivo envolve-se no processo de reconhecimento e estranhamento do outro nos vários encontros produzidos no ato educativo e com a espontaneidade dos movimentos da vida.

### **(Des)aprendizagem**

Este conceito é utilizado por Michel Foucault no livro “Hermenêutica do sujeito” (2006b) e por Marlucy Paraíso em seu artigo “Raciocínios generificados no currículo escolar e possibilidades de Aprender” de 2011. A (des)aprendizagem talvez seja um dos mais importantes conceitos-ferramentas do processo educativo discutido por mim nessa dissertação; é fundamental desapegar das aprendizagens anteriores que orientam a ação baseada em programas, fórmulas, respostas prontas e automáticas para que novas aprendizagens sejam produzidas.

Para Paraíso (2011, p. 147), aprender é abrir-se para a experiência com “outros” e para aprender é imprescindível “primeiro aprender a (des)aprender”. (Des)aprender os sentidos instituídos, as significações produzidas e os pensamentos constituídos, isto é, desnaturalizar – romper com automatismos programáticos pautados em teorias – as prescrições culturais para abrir-se à diferença e à multiplicidade em si e nos outros. Meyer et al (2013, p. 3) falam do conceito de (des)aprendizagem apresentado por Foucault (2006b) como um movimento de desfazer-se das pedagogias experimentadas e incutidas nos corpos para se valer de aprendizagens instituintes e interessadas na encarnação de distintas formas de vida, produzidas a partir dos encontros com outros corpos, como aponta Paraíso (2011).

Vasconcelos et al. (2015) apontam, também, que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PEPS) e a Política Nacional de Humanização (PNH) propõem, ressaltando suas especificidades, a (des)aprendizagem em serviço. Para elas, “[...] ensinar e aprender se incorporam nos processos cotidianos de trabalho e nos problemas/fazeres/saberes que ali são apresentados e inventados” (VASCONCELOS et al., 2015, p. 8).

### **Produzir-se**

A formação como um movimento de produzir-se significa entender que formar é um processo constante de produção de si. Nos encontros cotidianos em saúde estamos nos produzindo em constante movimento, desde movimentos que nos remetem para o acesso de nossa subjetividade programada e automatizada, até para movimentos que nos impulsionam para a novidade na interação com o outro. A produção de si ocorre em ato, quando se estabelece

um processo único e singular que promove mudança, produção de algo em nós que antes não existia e que passa a fazer sentido e diferença nas vivências repetidas e naquelas inusitadas. “É comum ouvir, durante estes encontros, alguém dizer: “Nossa! Nunca havia pensado desta forma. Ah! Agora entendi” (ABRAHÃO e MERHY, 2014, p.319). Não obstante, esse novo pensamento que emerge da prática pode ser um elemento transformador da lógica estabelecida, estruturada em pensamentos e ações sempre familiares, sempre reconhecidas na história do ser; mas que o mortificam, pois o congelam no tempo e suas expectativas de mudanças.

Nesse sentido, o cotidiano dos serviços de saúde, e suas relações com os modos de gerir e cuidar, é objeto constituinte e decisivo na produção de processos formativos que enfrentam os desafios da concretização do SUS. Para Vasconcelos et al (2015), as ações formativas devem envolver o cotidiano dos serviços e redes de saúde. Destacamos ainda que não só a (des)aprendizagem, mas também os outros conceitos-ferramentas tratados até aqui, estão contidos, de forma direta ou indireta, nas propostas pedagógicas da PNH e da PEPS.

A proposta, então, é a tentativa de libertação dos especialismos normalizadores, dissolvendo os territórios do saber-poder que insistem nas hierarquias que menosprezam os saberes-fazer do cotidiano. Desvincular e desarticular a rede discursiva moral das práticas formativas em saúde; construir estratégias que não apenas contestem o instituído, mas acima de tudo examinem nossa convivência nesses arranjos. Para Abrahão e Merhy (2014, p. 315) há um desafio fundamental nesse processo de mudança: “[...] como reconhecer nesse processo de formação, no campo da saúde, ferramentas que, combinadas, transitem pela multiplicidade e extensividade do campo de forças e dos fluxos que interagem nesse plano?” O emprego de ferramentas pedagógicas e de cuidado em ato devem nos auxiliar a refletir e a produzir novos arranjos nas formas de ensinar e aprender na saúde, convocando invenções e experimentações a partir do entendimento da multiplicidade cotidiana e de que a “[...] formação encontra-se em um plano poroso de existência”.

O termo “poroso” designa uma metáfora acerca da permeabilidade do processo formativo, isto é, este deve ser capaz de compreender as diferentes dimensões da existência humana, nos seus aspectos objetivos e subjetivos. A porosidade indica que os pensamentos e as ações programáticas possuem fissuras, aberturas, brechas para a entrada de novos dados oriundos da experiência. Assim, não existe formação universitária maciça. O processo de formação defendido pelos autores supracitados parte do conceito de transversalidade, integralidade e protagonismos dos sujeitos e coletivos como constituintes dos processos de subjetivação que levam em conta as ações, gestos, afetos e afecções, conhecimentos e verdades que aglutinam a nossa existência e potencializam a mobilização de forças, grupos e sujeitos.



Possibilitando a inauguração de vínculos estabelecidos a partir do encontro entre usuários-profissionais-alunos-professores.

Partindo desse ponto de vista, compreendemos que nesses encontros cotidianos são construídas “caixas de ferramentas” e “conceitos-ferramentas”. Estas são produzidas mediante saberes e desdobramentos materiais e imateriais, que fazem sentido de acordo com o lugar que ocupam nesse encontro e conforme as finalidades que desejam alcançar. E das quais poderá se utilizar a qualquer momento em que estiver no processo de intervenção cotidiano. Compreendendo, no entanto, que cada novo encontro poderá produzir novos rearranjos e possibilidades de novas ferramentas.

Experiências acumuladas de mudança na formação em saúde, no Brasil e no exterior, pautadas na tríade instituições de ensino – instituições de serviço – associações científico-profissionais, ou pela tríade ensino – serviço – comunidade” (FEUERWERKER, 2002, p. 280-285; CECCIM e BILIBIO, 2002, p.347 *apud* CECCIM e FEUERWERKER, 2004a), têm se apresentado insuficientes para produzir mudanças concretas na melhoria da formação e atenção no SUS. Com isso, Ceccim e Feuerwerker (2004), sugerem o quadrilátero para a formação em saúde, ensino – gestão – atenção – controle social, que nasce da reflexão trazida pela tríade ensino – serviço – comunidade. Há, nessa nova proposta, uma ampliação dos três conceitos e a inclusão de mais um.

Isto é, o serviço na tríade corresponde à atenção, a comunidade corresponde ao controle social e a gestão aparece como um novo componente para compor o quadrilátero, com papel importantíssimo na articulação entre atenção, ensino e controle social. O serviço é entendido como condutor de políticas, gerenciador de sistemas e organizador de conhecimentos do setor, ou seja, ampliando o conceito de práticas de atenção. O ensino é formado por dirigentes, docentes, discentes, sendo que o movimento estudantil ganha um papel de destaque como movimento político distinto das instituições formadoras e que contribui com os discursos questionadores. E a comunidade ganha um papel de relevância e responsabilidade social sobre o ensino, ou seja, ela atravessa e é atravessada pelo ensino.

A pluralidade de interesses e perspectivas presentes nos territórios torna evidente a necessidade de negociação e pactuação política na determinação de orientações concretas para a EPS. De acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004), o núcleo central da política de formação para a área da saúde é a própria população, suas carências sanitárias e de educação em saúde para gerir socialmente as políticas públicas em saúde e promover a autonomia em relação às ações, serviços e profissionais da saúde. No entanto, para avaliar os efeitos das ações desenvolvidas pela EPS e possibilitar a orientação e reorientação da política, torna-se necessário

prever mecanismos de avaliação e monitoramento. Estes mecanismos deverão respeitar a territorialização política e social das carências em saúde, harmonizando a “formação com as intervenções epidemiológicas, demográficas e culturais necessárias em cada população territorializadas” (CECCIM e FEUERWERKER, 2004a, p.53) e permitindo construir, em conjunto com os atores sociais envolvidos, propostas e eventuais reparos de trajetórias.

A noção de gestão colegiada, proposta pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, para a educação em serviço, convoca a participação de todos na intervenção conjunta em que desfrutem do protagonismo e da produção coletiva. No entanto, os mesmos autores reconhecem que uma política de educação como esta, encontrará diversos obstáculos de aceitação e compreensão pelo regime de governo instituído nas nossas políticas públicas administrativas atuais. Eles falam não em artifícios arquitetônicos, mas em dinâmicas que instauram decisões e avaliações, e que estão nas consciências atuais de dirigentes, docentes e/ou conselheiros de saúde (CECCIM e FEUEWERKER, 2004)

A formação que defendemos nessa dissertação segue as pistas do nosso próprio caminho formativo e de uma proposta pedagógica atrelada a uma política de formação sugerida por Vasconcelos et al (2015), em que propõem um modo de formação no/para o SUS situada entre a PEPS e a PNH. Esta escolha não se deu ao acaso, mas a partir de uma tessitura formativa entrelaçada entre estas duas políticas no SUS e interessada na liga entre formação e trabalho. Para as autoras, as políticas se articulam justamente na indissociabilidade entre formação e trabalho. E apostam no compartilhamento de alguns rumos sugeridos pelas políticas, como práticas educativas que busquem colocar em análise os processos de trabalho desenvolvidos nos cotidianos dos serviços. Processos formativos que levam em consideração as experiências e saberes produzidos no trabalho vivo. E a coletivização das experiências de análise e gestão com todos os envolvidos (usuários, trabalhadores, gestores e controle social) na produção de saúde de um determinado contexto.

A (i) compreensão de experiências cotidianas como processos pedagógicos por meio dos quais se ensina e se aprende diariamente; (ii) a produção de espaços de formação no interior dos serviços e que envolvam todos os sujeitos do processo; (iii) a criação de espaços coletivos de discussão (cogestão) como lócus formativos; nos direcionam a refletir coletivamente sobre os processos de trabalho envolvendo questões que afetam, mobilizam, incomodam e movimentam gestores, trabalhadores e usuários, e são de extrema importância para a gestão do processo de trabalho. Gestão encarada, por Vasconcelos et al (2015), como um desafio coletivo executado por meio da reflexão conjunta destes processos e da articulação coletiva das ações em saúde.

Ou seja, a compreensão do cotidiano dos serviços e suas relações com os modos de fazer atenção e gestão, é matéria prima constituinte para a construção de processos formativos decisivos para os desafios de implementação do SUS. Apostamos em movimentos de mudança nas práticas vigentes no SUS conectadas com os processos de trabalho nos serviços de saúde, com seus trabalhadores, gestores e usuários (HECKERT e NEVES, 2010; PINHEIRO, 2005; MATTOS, 2001; MEYER et al, 2013; CECCIM, 2004; MERHY, 1994).

Nessa direção, aposto em processos de formação que valorizem a indissociabilidade entre a formação teórica e o cotidiano do trabalho vivo, entre atenção e gestão, pautados no protagonismo de sujeitos e coletivos, que aposte no desenvolvimento de recursos metodológicos de trabalho norteados pela noção de aprender a aprender, de aprender a (des)aprender, de produzir-se, de experimentação, de criação e de uma noção ampliada de território. Processos formativos capazes de produzir os cotidianos de trabalho como espaço de aprendizagem individual, coletiva e institucional. Isto é, a formação, em seus princípios e métodos precisa estar balizada a partir da noção de integralidade e de indissociabilidade entre cuidar, gerir e formar.

Nossa aposta, então, é por um modo singular de formação no SUS, modo este encarnado no nosso próprio caminho formativo. Um modo que percorra caminhos construídos a partir das relações micropolíticas estabelecidas no porvir de territórios não dados, ou seja, que estão em constante construção. Por uma formação que não homogeneíze, que valorize os diferentes sujeitos e coletivos do processo, por um fazer-pensar que produza novos sentidos e novas práticas de atenção e gestão em saúde que não podem e não devem ser antevistos. Com isso, talvez o grande desafio metodológico das ações de formação seja impelir um pensamento ativo, constante e criativo, fruto de uma provocação dada pela diferença encontrada no cotidiano dos serviços de saúde, para a construção de (des)aprendizagens dos modos instituídos e de novas experimentações no território do trabalho vivo em ato.

#### 4 - “CAMINHO SE CONHECE ANDANDO ENTÃO VEZ EM QUANDO É BOM SE PERDER”

*Caminho se conhece andando*  
*Então vez em quando é bom se perder*  
*Perdido fica perguntando*  
*Vai só procurando*  
*E acha sem saber*  
*Deixar sem ter sido*  
*Não olhar, não ver*  
*Bom mesmo é ter sexto sentido*  
*Sair distraído espalhar bem-querer.*  
 (CHICO CÉSAR, Deus me proteja de mim, 2008).

Os caminhos metodológicos trilhados nessa dissertação foram produzidos a partir das minhas andanças por serviços da saúde do estado de Sergipe – CAPS ad Primavera, CAPS ad Santo Onofre, CAPS I Renato Bispo e Fundação Estadual de Saúde –, entre os anos de 2008 e 2015, locais em que estive enquanto professora de educação física, docente e responsável técnica pedagógica, com vínculos municipal e estadual. Partindo do entendimento de que o trabalho é indissociável da formação, busquei aliar essa experiência de formação em ato, com referenciais teóricos e metodológicos que me auxiliassem a cartografar um percurso singular no Sistema Único de Saúde (SUS).

Desta forma, a versão empírica do objeto exigiu uma série de recortes possíveis quanto ao tempo, ao espaço, às fontes e aos procedimentos de análise e interpretação voltados à interpretação dos dados conforme meu referencial teórico. Deste modo, o objeto deste estudo é a minha trajetória de trabalho-formação na Saúde Mental do SUS/SE.

Considerando, então, que nessa pesquisa sou ao mesmo tempo objeto de pesquisa e pesquisadora, algumas ponderações em termos metodológicos se fazem necessárias. A primeira delas é a nossa sobreimplicação com o objeto de pesquisa. Nesse sentido, o conceito de análise de implicação, elaborado por Lourau (1975), pondera sobre os riscos da proximidade entre o pesquisador e seu objeto de estudo, sobretudo quando se está investigando sua própria prática. Essa concepção é tomada aqui como um instrumento que possibilita ao pesquisador analisar as forças e as formas que constituem o território, além de colocar em análise as próprias ações, se posicionando e interferindo neste território.

Para Paulon (2005, p.23), o que norteia o procedimento de análise da implicação é a noção de que a proximidade com o território de pesquisa deve abranger uma análise constante dos impactos que as cenas vividas “têm sobre a história do pesquisador e sobre o sistema de poder que legitima o instituído, incluindo aí o próprio lugar de saber e estatuto de poder do ‘perito-pesquisador’”. Dito de outro modo, estar implicado é admitir que somos muitas vezes objetivados por aquilo que pretendemos objetivar, como acontecimentos e ideias (LOURAU, 2004). Neste sentido, alio-me a Coimbra (1995) para me diferenciar do “intelectual neutro positivista” e me situar ao lado dos “intelectuais implicados” como

[...] aquele que analisa as implicações de suas pertencas e referências institucionais, analisando, também, o lugar que ocupa na divisão social do trabalho, da qual é legitimador. Portanto, analisa-se o lugar que se ocupa nas relações sociais em geral e não apenas no âmbito da intervenção que está sendo realizada; os diferentes lugares que se ocupa no cotidiano e em outros locais da vida profissional; em suma, na história. (p.66)

Outro importante referencial teórico metodológico utilizado nesta pesquisa é a cartografia. O método cartográfico, proposto por Deleuze e Guattari (1995), foi utilizado para me auxiliar no acompanhamento dos processos de subjetividade produzidos neste percurso de trabalho-formação, pois as metas são traçadas durante o caminhar da pesquisa e não por regras pré-definidas mediante programas e protocolos rígidos de pesquisa. Assim, o que a cartografia busca, partindo do território do pesquisador,

(...) é o rastreamento das linhas duras, do plano de organização, dos territórios vigentes, ao mesmo tempo em que também vai atrás das linhas de fuga, das desterritorializações, da eclosão do novo. Cartografar é mergulharmos nos afetos que permeiam os contextos e as relações que pretendemos conhecer, permitindo ao pesquisador também se inserir na pesquisa e comprometer-se com o objeto pesquisado, para fazer um traçado singular do que se propõe a estudar. Nesse sentido, a cartografia tem como eixo de sustentação do trabalho metodológico a invenção e a implicação do pesquisador, uma vez que ela baseia-se no pressuposto de que o conhecimento é processual e inseparável do próprio movimento da vida e dos afetos que a acompanham (ROLNIK, 1989 apud ROMAGNOLI, 2009, p.171).

Então, quando falamos enquanto pesquisador-informante devemos estranhar o que nos parece familiar afetivamente e intelectualmente no nosso território existencial, assim quando estranhamos os movimentos cotidianos. Falamos, portanto, não de um lugar individual, mas de um coletivo, desde que nos mantenhamos inquietos frente a familiarização e não nos prendamos a uma identidade pessoal que nos amarram a certezas individuais ou argumentos de autoridade.

Outra ponderação importante se deve ao fato de que nesta pesquisa volto minha atenção para o conhecimento produzido a partir do cotidiano de trabalho.

De acordo com Abrahão e Merhy (2014, p. 314) “costuma-se pensar e entender a formação por uma dada ciência, técnica e racionalista, que aplica diversas tecnologias pedagógicas aos alunos, sob um ponto de vista que opera a partir de um saber cientificamente comprovado. Um produto pronto para ser consumido e reproduzido”. Ou seja, costuma-se reduzir a formação ao campo da ciência aplicada, abrindo pouco espaço para outros tipos de conexões existenciais e de produção de conhecimento no processo formativo no contexto de trabalho.

Para estes autores, existe uma baixa “capacidade de produzir arranjos pedagógicos que apresentem formas diferentes de aprender e que provoquem outras possibilidades na identificação dos distintos modos de existir que há no mundo” (p.314). Um exemplo disto pode ser a dificuldade de reconhecer o campo das experiências cotidianas como espaço de produção – e não apenas de aplicação – de conhecimento e consequentemente de formação. Na contramão desta lógica, nos parece que o campo da formação em saúde vem sendo atravessado e produzido por outros arranjos ao longo das últimas duas décadas. Isto é, parece que a saúde tem sido palco de “iniciativas de ordem prática, política e pedagógica que traçam diferentes formas e modos de como se ensina e se aprende a ser profissional” (p.314). Exemplos disto são as políticas de formação – PNH e PEPS – das quais já tratei nesta dissertação.

Posto isso, investigar o próprio processo formativo, identificando nas práticas cotidianas do campo da saúde a produção de conhecimento, requer um alicerce científico diferente do paradigma moderno de ciência. Na busca por esta base teórica diferenciada encontro um forte aliado, Boaventura Santos (2002) e o que ele chama de paradigma emergente de ciência. Penso junto com ele que “a ciência moderna desconfia sistematicamente das evidências da nossa experiência imediata. Tais evidências, que estão na base do conhecimento vulgar, são ilusórias” (p. 12). Na lógica do paradigma emergente o conhecimento não é dualista, e “se funda na superação das distinções tão familiares e óbvias que até há pouco considerávamos insubstituíveis, tais como natureza/cultura (...) mente/matéria (...) subjectivo/objectivo” (2002, p.40). Neste novo paradigma o conhecimento é total “e constitui-se em redor de temas que em um dado momento são adotados por grupos sociais concretos como projetos de vida locais, sejam eles (...) erradicar uma doença” (p.47 e 48), ou mesmo, pesquisar o próprio processo formativo no campo da saúde.

Deste modo, o objetivo desta pesquisa é compreender de que formas as minhas experiências de trabalho no SUS se constituíram em processos formativos que possibilitaram

uma certa abertura em meu sensível. Para tanto, busco investigar, com intimidade, duas das cenas da minha experiência-formação, em que esteja perceptível o processo de formação em ato através das vivências no trabalho. Nesta perspectiva, identifico possibilidades empíricas e metodológicas distintas das convencionalmente utilizadas pelas pesquisas que se assentam no paradigma moderno de ciência, das quais discutirei a seguir.

Tendo delimitado o *locus* empírico de nossa indagação principal – De que maneira minhas experiências de trabalho no SUS se constituíram em processos formativos? – Elejo como fonte de dados algumas memórias pessoais, mais especificamente memórias de situações vivenciadas no cotidiano de trabalho em serviços do SUS em Sergipe, que permitem estabelecer relações entre formação e trabalho. Sem embargo, após eleger a minha memória como principal banco de dados para desenvolver a pesquisa, busquei organizar os registros mnemônicos em uma espécie de arquivo. É válido assinalar que o conceito de arquivo liga-se à noção de memória, de modo que “pode ser compreendido como um grande instrumento de armazenamento e acesso a informações e, nesse sentido, está frequentemente ligado às questões de preservação da memória, na medida em que funciona como um depósito de dados e fatos” (PEREIRA, 2011, p. 320). Esse conceito segue aqui os postulados de Michel Foucault, quando trata o arquivo não simplesmente como um elemento físico e material, mas em um intermédio entre a materialidade e a imaterialidade. É nesse sentido que Pereira afirma que se pode analisar a questão da memória que surge a partir da ideia de “arquivo”.

Dessa forma o meu arquivo foi composto pelo que chamo de registros “materiais” e “imateriais”. Nomeio de registros “materiais” aqueles construídos de maneira mais direta ou imediatamente ligada às situações vivenciadas *in loco* ao longo do processo de trabalho-formação e que de certa forma ganharam uma representação física, embora reserve uma feição imaterial. Nesses termos, os registros “materiais” contam com três tipos de acervo: 1) caixa de afecções, 2) diário cartográfico, 3) relatos de experiência. Enquanto registro “imaterial” considero os meus registros de memória relacionados à abertura para o sensível e que de certa maneira não ganharam um semblante físico. É importante salientar, em termos das relações dinâmicas entre cada um dos acervos, que a caixa, o diário e os relatos não funcionaram apenas como bancos de memória estática e rígida, mas são dispositivos ou disparadores para mobilizar dados da memória – imaterial –, assim como esta última pode orientar a leitura e a releitura daquelas.

Não obstante, penso que essa relação dinâmica entre os acervos condiz com o conceito de arquivo segundo Foucault e outros pensadores importantes ao presente trabalho, tais como Deleuze e Guattari, do qual retornarei de forma detalhada mais à frente nesta metodologia.

A inspiração para a escolha dos bancos e das fontes de dados desta pesquisa partiu de uma articulação que estabeleci entre três elementos: 1) Uma ideia sugerida pela PNH; 2) Ferramentas metodológicas com as quais tive contato em um curso de especialização em educação permanente em saúde; 3) Relatos de experiências produzidos para reflexão e discussão em eventos científicos.

No que se refere à PNH, encontrei nesta política um incentivo para que trabalhadores e pesquisadores realizem registros mnemônicos de suas experiências respaldadas pelas diretrizes e dispositivos desta política encorajando, assim, a “construção de uma memória do SUS que dá certo” (BRASIL, 2009, p. 15). Enquanto política de revisão e melhoramento do SUS, dentre tantos aspectos, a PNH vislumbrou que em meio a fracassos e críticas existem inúmeras intervenções potentes em termos de humanização do serviço que se colocam em oposição a uma abordagem técnico-burocrática responsável por tratar das pessoas de modo automatizado como se fossem apenas corpos doentes carregados de sintomas, destituindo-as de afetos inerentemente humanos: medo, esperança, amor, raiva, ódio, desconfiança, descrença etc.. Diante de uma diversidade de práticas, condutas e acontecimentos que constituem o SUS, umas mais frágeis, outras mais potentes, a memória aparentemente mais divulgada ou enfatizada pelo senso comum está relacionada às que apresentam as fragilidades do sistema; um SUS que “deu errado”. Na contramão deste fluxo, a PNH compreende que os registros memoriais das potencialidades do SUS, “do SUS que dá certo”, também devem ser lembrados, registrados, valorizados e divulgados.

Já no Curso de Especialização intitulado “Formação Integrada Multiprofissional em Educação Permanente em Saúde” – Educação Permanente em Saúde: Movimento (EPS Movimento)<sup>29</sup>, tive a oportunidade de ativar processos de educação permanente em saúde no meu espaço de trabalho, reconhecendo práticas e saberes do meu cotidiano em serviço, além de ser estimulada a produzir novos sentidos no fazer saúde. Esta proposta se conectou a experiência dos encontros entre os sujeitos do SUS na perspectiva da Educação Permanente em Saúde (EPS). Tornando-se um convite aos trabalhadores para a invenção de práticas de aprender, de cuidar e de fazer/viver a EPS para que possam dar destaque à potência do trabalho vivo em ato, produzindo, assim uma memória viva deste trabalho-formação no SUS. Este curso propôs uma metodologia pedagógica direcionada tanto para a construção de acervos de

---

<sup>29</sup> O referido curso foi ofertado para trabalhadores e gestores das 435 regiões de saúde do Brasil. Participamos deste na condição de trabalhador em formação: estudante. Tal curso foi fruto da parceria do Ministério da Saúde (MS), com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), na modalidade semipresencial, ocorrido entre 2014 e 2015.



memória quanto para a utilização – retorno transformado – desses registros para as ações cotidianas do trabalho em saúde. Foi por meio desta experiência que produzi dois dos registros materiais de memória que me propus a utilizar nesta pesquisa: a caixa de afecções e o diário cartográfico.

A noção de “caixa de afecções” é agenciada por dois conceitos. O primeiro é a “caixa de ferramentas” entendida como “conjunto de saberes que se dispõe para a ação de produção dos atos de saúde” (MERHY, 2004, p.74; MERHY e FEUERWERKER, 2009). O segundo conceito agenciador é a “afecção”, utilizado por Deleuze *apud* Machado (2009, p.74) como um “estado de um corpo quando ele sofre a ação de outros corpos, é uma mistura de corpos”. Ou seja, o estado do corpo é modificado após o encontro com outro corpo, produzindo afeto-sensibilidade. Para Spinoza (2009), filósofo que inspira Deleuze a elaborar sua teoria dos afetos, existem muitas maneiras de afetar o corpo humano, nas quais a potência de agir pode ser aumentada (alegria) ou pode ser diminuída (tristeza); é o que ele chama de bons encontros e maus encontros (EPS, 2014b)<sup>30</sup>. Assim, a “caixa de afecções” consolidou-se como um espaço de arquivamento para objetos relacionais, pinçados de minhas experiências cotidianas. Ideias, sensações, poesias, músicas, frases, palavras, imagens, materiais que foram significativos, que tocaram, interrogaram, ou que serviram como um suporte de memória para minhas vivências nos territórios de práticas. Operando ainda como um dispositivo de suporte para a produção do meu diário cartográfico (EPS, 2014b).

O diário, por sua vez, foi fruto de uma produção coletiva, ainda em construção, do Núcleo Condutor<sup>31</sup> do EPS em movimento. O diário foi um convite a agregar novas produções, oriundas de minhas experiências e modos de existência na vida e, mais especificamente, no mundo do trabalho. A proposta do curso era que o material produzisse dois movimentos em nós: o primeiro seria uma busca por uma afetação do nosso sensível. O segundo deveria despertar uma função “rastreadora” dos nossos processos de produção de EPS e gestão em nossos espaços de trabalho (EPS, 2014c). Isto é, uma construção cartográfica como produção de novas possibilidades de ver e dizer os acontecimentos e afecções cotidianas que se estabelecem na produção da vida, dos afetos e das práticas para além de nossas memórias programáticas derivadas dos currículos de formação universitária (DELEUZE e GUATTARI, 1995).

---

<sup>30</sup> Material de apoio pedagógico do Curso de Especialização EPS em Movimento.

<sup>31</sup> Emerson Elias Merhy (UFRJ/Linha), Laura Camargo Macruz Feuerwerker (USP/Linha), Túlio Batista Franco (UFF/Linha), Alcindo Antônio Ferla (Rede Governo Colaborativo), Mônica Sampaio de Carvalho (Rede Governo Colaborativo), Ricardo Burg Ceccim (EducaSaúde), Maria Luíza Jaeger (EducaSaúde), Simone Edi Chaves (EducaSaúde) e Mônica Diniz Durães (SGTES).

Cartografar, nesse sentido, “parte do reconhecimento de que, o tempo todo, estamos em processos, em obra” (BARROS e KASTRUP, 2010, p.73). Diferente de uma cartografia tradicional, falamos de um desenho que dialogue com os acontecimentos e as afetações do cotidiano do trabalho e da vida (ROLNIK, 2014). O diário cartográfico foi, então, mais que um registro teórico, ele se realizou no campo das nossas vivências e experiências, permitindo não apenas com que todas as atividades de EPS fossem registradas, mas com que os processos vivenciados durante o curso fossem narrados e convocados à reflexão, usando as múltiplas linguagens e formas de comunicação (EPS, 2014c).

O terceiro e último registro “material” de memória foi o relato de experiência. Este, geralmente apresenta as considerações e metodologias utilizadas em ações cotidianas e as impressões e motivações que a vivência trouxe àquele que a viveu. Seguindo esta perspectiva, os textos foram produzidos no percurso de nossas vivências na saúde mental no intuito de compartilhar e refletir sobre alguns desses processos junto aos atores dos serviços e a outros atores interessados nesta temática. Cabe salientar que estes textos foram escritos entre os anos de 2011 e 2012, momento em que havia um incentivo da gestão local do CAPS ad Primavera e da gestão municipal de Aracaju na apresentação de trabalhos, na negociação de folgas para participação de eventos e também na colaboração na confecção de materiais.

A escolha por uma metodologia pautada na memória, em minhas memórias, que em parte estão registradas em arquivos e respectivos acervos (caixa de afecções, diário cartográfico e relatos de experiência), tem como ponto de partida a compreensão do conceito de arquivo. Pensamos junto com Foucault quando este considera o conceito de arquivo como fundamental para a produção de memória. Reativar e ressignificar o vivido por meio da memória, não uma memória engessada, mas uma memória viva, dinâmica, é herança de Foucault (1987), quando em seu livro “Arqueologia do saber” analisou o domínio das coisas pelo conceito de arquivo. De acordo com Oliveira (2015), o conceito de arquivo em Foucault não se constitui do conjunto de enunciados, como comumente se entende. Ao invés disso, o arquivo é entendido como um sistema, um conjunto de regras, de geração e transformação dos enunciados.

O arquivo é, de início, a lei do que pode ser dito, o sistema que rege o aparecimento dos enunciados como acontecimentos singulares. Mas o arquivo é, também, o que faz com que todas as coisas ditas não se acumulem indefinidamente, em uma massa amorfa, não se inscrevem, tampouco, em uma linearidade sem ruptura e não desapareçam ao simples acaso dos acidentes externos, mas que se agrupem em figuras distintas, se componham umas com as outras segundo relações múltiplas, se mantenham ou se esfumem, segundo regularidades específicas. [...] O arquivo não é o que protege [...] é o que na

própria raiz do enunciado-acontecimento e no corpo que se dá, define, desde o início, o sistema de sua enunciabilidade (FOUCAULT, 1987, p.149)

O arquivo funciona como o “limite do dizível”, daquilo que afeta o corpo, o que é possível de ser, e faz com que as regularidades e os discursos permaneçam ou não na memória discursiva. Desse modo, “os saberes cristalizados pelo arquivo e materializados pela língua formam os discursos da memória, não a cognitiva, mas a de uma determinada conjuntura” (OLIVEIRA, 2014, p.29). Foucault (1987, p. 65), ao tratar sobre a construção dos discursos e a emergência dos enunciados, fundamenta o domínio da memória como sendo os enunciados que não mais se admitem ou se discutem e que apresentam uma série de formulações – fórmulas – distintas e dispersas, com os quais se estabelecem laços de filiação, gênese, transformação, continuidade e descontinuidade histórica.

Alguns estudos (RIBEIRO et al., 2016; CAPRA, 2011; MARANHÃO, 2015; NEVES et al, 2010) têm apontado para a relevância e riqueza dos processos de aprendizagem e de produções cotidianas no SUS, assim como para a debilidade dos seus registros de memória. Ribeiro afirma que através do desenvolvimento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) podem ser possibilitadas transformações cotidianas pela avaliação, ou seja, propõe repensar sobre os elementos e conceitos essenciais da Atenção Básica, a partir do ponto de vista dos sujeitos envolvidos no processo. Esta proposta fomenta também uma reflexão sobre as práticas concretas cotidianas das equipes, mobilizando movimentos de auto-avaliação e avaliação coletiva em busca da superação dos desafios e obstáculos cotidianos. Logo,

[...] o PMAQ-AB possibilita a existência de uma avaliação sistemática e contínua, além de que se construa uma memória da atenção básica que permita absorver experiências, enfrentar obstáculos e analisar resultados, servindo de base para experiências futuras. Ao sistematizar indicadores, necessita ser compreendido como “ordenador qualificado” de indicadores e informação, que precisa ser debatido, analisado, pactuado e mobilizar os diferentes atores, produzindo conhecimentos e responsabilidades compartilhadas, de modo democrático e participativo (RIBEIRO et al., 2016, p. 139).

Corroborando com essas ideias, Capra (2011, p. 202) registra em sua pesquisa de campo que “foi observado que muito se perde na construção do SUS pela falta de memória e de registros sobre os processos históricos. Novos profissionais estão ingressando na rede sem ter conhecimento dos movimentos deflagrados à implantação do SUS no município”. Algo que também foi transparecido no discurso dos seus entrevistados no contexto de suas conversações

com os atores sociais *in loco*: “não se registrou a experiência, e aí estamos perdendo as pessoas que têm uma certa memória, e as pessoas novas não conhecem a história de construção do SUS” (CAPRA, 2011, p. 202).

A relevância da memória no contexto da formação em saúde, no âmbito do SUS, é retratada também por Neves et al. (2010), quando apresenta em seu estudo a proposta de analisar uma experiência de formação em saúde para agentes sociais como apoiadores da PNH. Eles utilizam a memória como dispositivo de intervenção/produção coletiva no sentido da saúde pública, demarcando a memória como método de acompanhamento de processos educativos, assim como a produção e validação coletiva das memórias produzidas no SUS. “Como método, a produção de memórias é uma cartografia, um procedimento que, em si, pode ser considerado como uma prática mnêmica” (NEVES et al., 2010, p. 46). Maranhão (2015) corrobora com a ideia de relevância da memória na saúde, quando da publicação de sua dissertação de mestrado, na forma de livro editado pela Rede Unida<sup>32</sup>. Apresenta, mediante diálogos entre suas memórias e as memórias coletivas da sua experiência no VER-SUS<sup>33</sup>, contextualiza sua introdução na pesquisa com as seguintes palavras:

[...] foi necessário (re)encontrar as pessoas, sentir novamente as redes, em alguns momentos até “esquentá-las”, (re)ativar as memórias e fazer vibrar as sensações, ideias, reflexões, análises sobre os aprendizados dessa época. Além dos encontros, senti a necessidade de me abrir para perspectivas epistemológicas ainda não transitadas, já que a perspectiva era (re)significar meu olhar para esse vivido coletivo a partir também de aprendizados que tive após o VER-SUS, assim como por sentir que buscar outras possibilidades analíticas poderiam oportunizar a abertura de novos questionamentos e reflexões (2015, p. 32).

Em seu segundo capítulo, Maranhão (2015, p. 34) faz referência, de maneira assimilada e apropriada, singularizada, por assim dizer, à “caixa de ferramentas” proposta por Deleuze e que em nosso processo de formação na EPS ganhou o nome de “caixa de afecções”, conforme explicitado em páginas anteriores. A referida autora nomeia sua “caixa de ferramentas” de “mochila-ferramenta” a partir de um item instrumental/simbólico do VER-SUS, a mochila:

<sup>32</sup> Entidade criada, em 1985, por um grupo de docentes, pesquisadores e profissionais da saúde, mobilizados para a qualificação da educação profissional em saúde, na busca pela transformação do modelo de atenção a partir de um conceito ampliado de saúde, com ênfase na promoção. (<http://www.redeunida.org.br/rede-unida/nossa-historia/>)

<sup>33</sup> VER-SUS (Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde) é um projeto estratégico do Ministério da Saúde em parceria com a Rede Unida que acontece desde 2002, com foco na formação de trabalhadores para o SUS. (<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgtes/sgtes-gestao-do-trabalho/versus>)

[...] nomeado Mochila-ferramenta, apresentou algumas ferramentas adquiridas no período de construção do VER-SUS que contribuíram para a reflexão do presente estudo. Exponho lembranças do período em que fui vesuviana (vide glossário da mochila) relacionadas com aspectos teóricos da época, e algumas customizações, bordados necessários na mochila para as novas incursões necessárias ao estudo (MARANHÃO, 2015, p. 34).

A utilização de arquivos de memória pessoal e coletiva como acompanhamento de processos de aprendizagem em serviço no SUS são respaldadas por uma das políticas de formação no SUS, a PNH, e também pelo método cartográfico de pesquisa. Este método acredita na inseparabilidade entre intervenção e pesquisa e por isso, sugere a feitura de “registros não só daquilo que é pesquisado quanto do processo mesmo do pesquisar” (BARROS & PASSOS, 2010, 172).

A aposta metodológica segue pistas de um caminho micropolítico de formação que está sempre no porvir, de um fazer-pensar orientado por uma lógica que não está dada e que está sempre em construção, em produção de novos sentidos e de novos fazeres em saúde. Sentidos e fazeres que não podem ser antevistos e nem previstos. Levados pela lógica da “construção coletiva a posteriori por meio da qual se intervêm e se produz outras práticas de atenção e de gestão em saúde” (VASCONCELOS et al, 2016, p. 9).

Neste sentido, as recordações que faço nesta pesquisa a respeito das minhas vivências no SUS, me possibilitarão um exercício de olhar com outros olhos, de desnaturalizar processos já vividos e de desacomodar velhos saberes e fazeres. Pois, como afirma Meyer et al. (2013), tomar as práticas de cuidado como processos pedagógicos de aprendizagens que nos ensinam cotidianamente é também abriremos a possibilidade de nos inserimos de outros modos nessas práticas.

Buscando, então, por caminhos que compusessem uma narrativa para as minhas memórias de experiências no SUS – e não estamos falando de experiências de aprendizagens fixas, mas, dinâmicas, fluidas, mutantes e inventivas – fizemos um recorte temporal de minhas experiências-formação de 2008 a 2013<sup>34</sup> – e um recorte material, que consistiu em um trabalho de sistematização – a posteriori – de cenas pinçadas de minhas experiências-formação em serviços no SUS/SE, todas disparadas a partir dos acervos de memórias anteriormente citados.

---

<sup>34</sup> Esse período é constituído por momentos distintos a depender das cenas narradas.

Descreveremos duas cenas do cotidiano de serviços de saúde vivenciadas por nós. Os procedimentos práticos que nos ajudaram a acessá-las e materializá-las implicaram em um caminho entendido como recordação ou rememoração. Acessar a memória é lembrar, é recordar. A escolha das cenas se deu a partir do conceito de “abertura para o sensível”. Isto é, os processos formativos em que houve um deslocamento de uma prática propedêutica e programática para uma prática de estranhamento, inquietação, porosidade e de abertura para novas experimentações. As cenas foram, então, rememoradas, revisitadas e convertidas em narrativas de experiências-formação que ao abrigar práticas de estranhamento e inquietação, nos apresentam uma determinada problemática e nos impele a porosidades de novas experimentações.

Para a análise das cenas relatadas, utilizamos a análise de implicação e os seguintes conceitos-ferramentas: Território, experimentação, estranhamento, invenção, (des)aprendizagem e produzir-se. Para Lourau (1997) são cinco as implicações classificadas por eles, sendo as três primeiras consideradas Primárias e que se referem à: 1) implicações do pesquisador-praticante com seu objeto de pesquisa/intervenção; 2) o local, organização em que se realiza a pesquisa ou a que pertença o pesquisador e, principalmente, com a equipe de pesquisa/intervenção; 3) implicação na encomenda<sup>35</sup> social e nas demandas<sup>36</sup> sociais. E as duas últimas, são as implicações secundárias: 4) implicações sociais, históricas, dos modelos utilizados (implicações epistemológicas); e 5) implicações na escritura ou qualquer outro meio que sirva à exposição da pesquisa.

Os conceitos-ferramentas foram detalhados na seção 2 e neste momento nos deteremos a uma breve síntese sobre eles. O primeiro conceito-ferramenta, território, é aqui entendido não como um espaço geográfico, físico, mas como um espaço de múltiplas subjetividades, que disputam no campo da formação no trabalho em saúde. O segundo conceito-ferramenta considera que as experimentações cotidianas em saúde são disparadoras de processos de aprendizado. Experimentar supõe, então, um interagir com outros sujeitos desse cuidado e consequentemente produz formação. O terceiro – estranhamento – parte da lógica que não há aprendizagem sem processos de estranhamento. O quarto conceito é a invenção, que torna-se fundamental quando entendemos que toda aprendizagem começa com a invenção de problemas. O quinto é a (des)aprendizagem, relaciona-se a disponibilidade para desfazer-se das aprendizagens normalizadoras incutidas em nossos corpos, para nos valermos de aprendizagens em construção. O conceito foi pensado a partir do campo da formação do trabalho vivo em ato,

<sup>35</sup> Pedido ou solicitação de intervenção prévia ao encontro e com objetivos previamente fixados.

<sup>36</sup> São resultado de intervenções críticas produzidas durante os encontros e por isso mesmo nunca são espontâneas.

em um território recheado de surpresas e novidades da qual a formação acadêmica/programática não dá conta. E o último conceito-ferramenta, o produzir-se, liga-se ao fato de que a partir do momento que nos lançamos nas experimentações do território vivo cotidiano, criando, aprendendo e (des)aprendendo estamos nos produzindo. Ou seja, ao nos relacionarmos cotidianamente estamos em um movimento permanente de produção de nós mesmos.

A utilização destes conceitos-ferramentas me ajudou a visualizar que no campo das práticas em saúde estamos a todo momento nos relacionando com os diversos sujeitos desse cuidado. Possibilitando, deste modo, novos arranjos nos processos formativos em saúde e ativando elementos heterogêneos – de ordem objetiva, subjetiva, sentimental, sensorial e etc. - presentes nesta relação.

Após seleção das cenas, elas foram descritas, analisadas e discutidas na quarta seção desta dissertação no intuito de auxiliarmos na compreensão e demonstração das formas pelas quais as minhas experiências de trabalho no SUS se constituíram em processos formativos. Pois, diferentemente de outros tipos de pesquisa, o caminho da cartografia “é constituído por passos que se sucedem sem se separar. Como o próprio ato de caminhar, onde um passo segue o outro, num movimento contínuo, cada momento da pesquisa traz consigo o anterior e se prolonga nos movimentos seguintes” (BARROS & KASTRUP, 2010, p. 59). Ou seja, nessa pesquisa o objeto-processo demanda uma processualidade que reside e interage a todo momento e que não pode ser dissociada – na coleta, na análise, na discussão dos dados e principalmente na escrita deste texto. Por isso, nessa dissertação, me arrisco a montar um método de pesquisa que vai de encontro à normalização do sensível, que procura por brechas e acompanha processos.

## 5 CENAS PARA REVER E (DES)VER

*Coisas transformam-se em mim  
É como chuva no mar  
Se desmancha assim em  
Ondas a me atravessar  
Um corpo solto no ar*

*Com um nome pra chamar  
É só alguém batizar  
Nome pra chamar de  
Nuvem, vidraça, varal  
Asa, desejo, quintal  
O horizonte lá longe  
Tudo que o olho alcançar*

*E o que ninguém escutar  
Te invade sem parar  
Te transforma sem ninguém notar  
Frases, vozes, cores  
Ondas, frequências, sinais  
O mundo é grande demais*

*Isso nunca vai ter fim*  
(CARMINHO, Chuva no mar, 2015)

Nesta seção, tateio uma política de escrita<sup>37</sup>-formação dentro do processo de pesquisa, partindo da narrativa de duas cenas provenientes dos encontros e questões produzidos na minha experiência-formação no SUS/SE. As cenas que serão aqui narradas, analisadas e discutidas, apresentam a produção de um certo modo de formação-ferramenta, constituída a partir de um movimento contínuo e entrelaçado, pertinente ao caminhar cartográfico desta pesquisa.

Revisitar essas cenas num processo de escrita-formação nos ajudou a compreender a constituição da minha formação como ferramenta, que enquanto tal é útil em outros espaços e momentos do meu percurso no SUS. O movimento de revisitar estas cenas baliza-se numa tentativa de estranhar o familiar e perceber os modos como os processos formativos se deram e nos ensinaram cotidianamente sob diferentes modos, perspectivas e pontos de vista, possibilitando uma certa abertura em meu sensível.

---

<sup>37</sup> Por política de escrita Franco (2013, p.13) entende que se trata de “uma escrita situada, no tempo, no espaço, nos encontros cotidianos, próxima àqueles sobre os quais se dedica e negociada e amparada nos dizeres e embates do campo”.



### 5.1 CENA 1: “ISTO É CASO DE POLÍCIA E NÃO DE SAÚDE PÚBLICA”

A cena narrada a seguir aconteceu em 2011, no CAPS ad Primavera, localizado na cidade de Aracaju, capital de Sergipe, menor Estado brasileiro. Esta cidade está localizada na região litorânea do Estado, apresentando uma extensão geográfica de 181.857 km<sup>2</sup> e uma população, no período em que a referida cena ocorreu, de 571.149 mil habitantes, segundo informações encontradas no site do IBGE (2017).

Aracaju contava, nesta época, com uma Rede de Atenção Psicossocial (REAPS) considerada referência nacional por ter, entre outras coisas, uma cobertura de 1,23 CAPS para cada 100 mil habitantes. Após a sanção da Lei federal 10.216/2001, que dispõe sobre “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001), o município de Aracaju iniciou o processo de implementação de um modelo de Rede Assistencial substitutivo ao modelo hospitalocêntrico por meio da implantação progressiva de serviços extra hospitalares com cuidados mais próximos da comunidade, como os CAPS, Serviços Residências Terapêuticas (SRT) e Programas de Redução de Danos (PRD).

De acordo com Barbosa (2012, p.44), havia “um contexto político favorável em Aracaju que permitiu a inclusão do campo da saúde mental como prioridade na agenda governamental” desde 2001, ajudando o município a alcançar um lugar de referência nacional. As eleições de 2000 trouxeram mudanças significativas na gestão dessa Prefeitura. A eleição de um prefeito vinculado ao Partido dos Trabalhadores (PT), implicado com o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e da Saúde Mental, que reconhecia a questão da saúde como um problema de saúde pública, mesmo antes da sua eleição, fez com que este e sua equipe incorporassem estas questões na formulação do seu Plano de Governo. Foi convidado para compor a equipe de governo, como Secretário de Saúde, um médico sergipano com formação na área da Saúde Coletiva que trabalhou em consonância com os princípios e diretrizes do SUS articulando a gestão municipal ao que estava sendo discutido nacionalmente. Princípios como a Universalidade e a Equidade no acesso a saúde, a Integralidade na conformação das redes de serviço e das linhas de cuidado e a descentralização do cuidado conformaram mudanças na organização e gestão do sistema e dos serviços do município, produzindo mudanças no modelo assistencial de saúde e na conformação de um contexto político favorável para a construção da REAPS de Aracaju (BARBOSA, 2012).

O CAPS AD Primavera foi implantado em 2002, junto com outros serviços que compunham a Rede de Assistência de Aracaju – CAPS II David Capistrano, CAPS III Liberdade, Apoio Matricial com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Assistência em Saúde Mental na Atenção Básica de Saúde e contratação de Consultoria externa para a SM – (BARBOSA, 2012, p.52) após o lançamento da portaria do MS nº 336/2002, que dispõe sobre a implantação dos serviços substitutivos de assistência em SM. No município haviam seis CAPS, sendo três do tipo III, com possibilidade de pernoite, ou seja, serviços que funcionam 24 horas com acolhimento noturno para o usuário que necessita também de cuidado noturno; e outros três CAPS do tipo II, com funcionamento diurno: o CAPS Infanto-juvenil, o CAPS Álcool e outras Drogas (CAPS AD Primavera) e o CAPS Arthur Bispo do Rosário, que funciona em parceria com uma ONG. Aracaju também contava com quatro residências terapêuticas – casas ou locais de moradia destinadas as pessoas com transtornos mentais que permaneceram em longas internações psiquiátricas e impossibilitadas de retornar ao convívio familiar; E Um PRD que visa promover ações de redução dos danos associados ao uso prejudicial de substâncias psicoativas entre pessoas que não conseguem ou não querem parar de usar estas substâncias.

O Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de 2010 destaca a ampliação do cuidado em outras Redes Assistenciais, na perspectiva de atendimento às necessidades de saúde do usuário: prevenção, promoção e cuidado. Contando com Equipes de Saúde da Família, na Atenção Primária para cuidar dos casos leves; Seis Referências em Saúde Mental para cuidar dos casos moderados, sendo uma delas especializada no cuidado a infância e adolescência; Uma Urgência Mental em Hospital Geral, sendo esta a responsável pelo fluxo de internações dos casos agudos; Duas Clínicas psiquiátricas tradicionais, privadas e conveniadas; Um Serviço Hospitalar de Referência em álcool e outras drogas (SHR-AD), em hospital geral, apresentando dezesseis leitos de retaguarda clínica para atender crianças e adolescentes (feminino e masculino) e mulheres adultas (SMS ARACAJU, 2010). Além de 15 redutores de danos contratados, após seleção pública realizada em 2011 para a oferta de cuidado aos usuários de drogas no território, através da estratégia de redução de danos. Vale destacar, também, que este é o único CAPS ad do município responsável por atender adultos usuários de substâncias psicoativas desde a sua implantação, tendo se transformado em CAPS ad III, apenas em 2013.

No período em que estive neste serviço (2008-2012) foram firmadas parcerias com a Universidade Federal de Sergipe para a execução do Projeto de Educação pelo Trabalho (PET) no qual atuei como preceptora no serviço; com a Universidade Federal da Bahia para a oferta de mestrado institucional em saúde Coletiva para os trabalhadores da saúde e assistência social;

e com o Centro de Teatro do Oprimido do Rio de Janeiro (CTO-Rio) para a capacitação de multiplicadores em Teatro do Oprimido na Saúde Mental, do qual tive a oportunidade de participar enquanto aluna. Foram ofertados também o Programa Cuidando do Cuidador, relativo ao cuidado com a saúde do trabalhador da Saúde Mental, Supervisão Clínica Institucional e diversas outras capacitações. Este modo de fazer gestão, em sintonia com a Política Nacional de Educação Permanente e com a Política Nacional de Humanização, investiu na formação permanente e no cuidado direcionado aos trabalhadores da Saúde Mental contribuindo, significativamente, para a constituição do meu processo formativo.

Em 2008, inicio minha experiência-formação no CAPS ad Primavera. Entre esse ano e o ano em que a cena ocorreu, 2011, uma série de acontecimentos marcaram o meu percurso formativo na SM. Os primeiros encontros com esse território foram marcados pelo estranhamento frente aos usuários, ao modo de funcionamento da equipe, ao espaço físico do serviço e a substância “droga”. Minhas informações sobre as pessoas com necessidades relacionadas ao uso/abuso de álcool e outras drogas e seu cuidado eram balizadas pela lógica hospitalocêntrica e por isso mesmo carregada de estigmas e com pouca abertura para o sensível.

Experiências como a participação no Curso de TO na SM e da realização concomitante da oficina no CAPS ad, 2009-2010; a especialização em Saúde Mental e uso de Substâncias Psicoativas da UFBA, em curso 2011-2012; a experimentação da função de preceptora no primeiro PET Saúde Mental do município de Aracaju, 2011-2012, produziram em mim certas (des)aprendizagens no meu modo de ver e sentir a SM, me abrindo para invenções e experimentações cotidianas, desde este período. A experiência ascende para uma categoria formativa fundamental; na medida em que as ações racionalistas pautadas em deduções desde os paradigmas ou modelos teóricos se mostraram parciais para a abordagem dos casos. Foi necessário buscar a construção – a inovação – do saber na experiência; não mais apenas no raciocínio lógico pautado em conceitos e categorias normalizadoras.

Em dezembro de 2011, dentro deste serviço, dois usuários brigam e um dá uma facada no outro. O usuário que defere o golpe foge do serviço e o que recebeu o golpe é socorrido por trabalhadores e outros usuários do CAPS que estavam estarecidos com a cena que acabaram de presenciar. Na primeira reunião técnica<sup>38</sup> semanal após o ocorrido, pairava uma sensação de insegurança e um clima de discordância sobre quais procedimentos deveriam ser tomados. No

---

<sup>38</sup> **Reunião de Equipe** – Espaço coletivo de encontro e construção do processo de trabalho e cuidado, a reunião de equipe visa oportunizar a compreensão ampliada do processo saúde-doença, construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, ampliação do grau de responsabilização e comunicação mais transversal na equipe. A reunião de equipe é garantida semanalmente, embora seja recomendado encontros diários entre os profissionais do dia para o planejamento e execução das ações (GOMES, 2012, p. 17).

entanto, a ideia que mais ecoava era a de que os usuários deveriam ser expulsos e que não deveria mais ser ofertado qualquer tipo de cuidado a eles neste serviço, identificando o fato como caso de polícia e não de saúde pública. Essa aparentava ser uma postura taxativa de uma equipe especialista, “preparada” para fazer os “devidos” encaminhamentos, parecendo apontar para uma certa normalização do sensível, na medida em que os trabalhadores pautavam sua atuação mais nos modelos teóricos acerca das doenças e seus respectivos protocolos, que propriamente no campo da experiência, do estranhamento, da invenção de novas respostas, isto é, casos de agressão deveriam ser operados pela polícia.

A pesquisa de Vasconcelos (2013), realizada neste mesmo serviço, com o objetivo de seguir rastros da construção de corpos ali inseridos, apontou “[...] o CAPS como um território de ensino cujo objetivo é formatar corpos. Do mesmo modo, pode-se dizer que as práticas institucionais e terapêuticas presentes no CAPS funcionam como pedagogias, pedagogias corporais” (2013, p.129). Para mim, esse território provocava uma sensação dúbia, por um lado parecia normalizar corpos, formatando-os através de práticas institucionais e terapêuticas duras, mas por outro, fazia críticas ferrenhas ao modelo hospitalocêntrico, possibilitando certa abertura para o sensível, provocando estranhamentos e produzindo corpos ávidos pela diferença. Essa abertura estava também associada a uma equipe que questionava as suas próprias práticas, que estava ávida pelo conhecimento e por isso se especializava na Saúde Mental buscando desconstruir esse modelo hospitalocêntrico.

Não obstante, necessário frisar que essas “pedagogias corporais” têm como referência os modelos médicos centrados donde derivam os paradigmas e as construções comportamentais significativas do campo da normalidade. Nesse sentido, abrir-se para o sensível na experiência implica uma crítica dos modelos explicativos da psiquiatria que alienam a formação e a atuação do trabalhador ao mundo das ideias acerca dos usuários, ao invés de uma abertura para uma experiência capaz de ensinar para além das respostas dadas pela autoridade médica.

Com isso, o encaminhamento para “fora” do serviço/a exclusão, já que era caso de polícia, parecia indicar a forma mais acertada para condução do caso naquele momento. Em outras palavras, na hierarquia de nossas possíveis respostas adquiridas pela formação racionalista e normalista, o significado “caso de polícia” estava situado como a primeira conduta a ser tomada. Contudo, mediante uma releitura do acontecimento, provocada por certa noção de abertura para o sensível, notamos que a opção por aquela decisão foi tomada no interior dos limites de nossa razão – psiquiátrica – à época. Essa releitura só foi possível porque houve um processo de (des)aprendizagem de velhas práticas por parte daqueles profissionais.

Nosso conhecimento prévio, acadêmico, programático, que não se ancora – se deduz – na experiência da saúde, não era suficiente para resolver o impasse, ou talvez fosse, porém limitado em suas decisões. Isto é, parecia não haver outras saídas, não haver outras respostas, nosso currículo/nossa propedêutica talvez não estivesse preparado para dar conta do que estava acontecendo naquele espaço. Precisávamos, então, inventar uma nova resposta para o caso.

Na tentativa de produzir um olhar afeito aos deslocamentos e (des)aprendizagens, em um movimento de subversão e resistência, de todo um longo histórico de prescrições clínicas, tentamos nos abrir às experimentações, às inventividades cotidianas e apostar em outros pensares e fazeres para um produzir-se para além dos automatismos de uma dada razão circunscrita por paradigmas e protocolos. Por isso, antes de decidirmos sobre a expulsão dos usuários, avaliamos o fato deles serem atendidos no serviço a mais de um ano e terem alcançado progressos, sobre o momento ruim na vida pelo qual estavam atravessando, inclusive, ambos em situação de rua, dentre tantas outras questões. O que fez surgir alguns questionamentos: como expulsá-los quando mais precisavam do serviço? Se o CAPS era o serviço de saúde que deveria acolhê-los, como negaríamos atendimento? Como cortaríamos bruscamente este vínculo? Mas, por outro lado, como responsabilizá-los sobre seus atos sem provocar desassistência? Não eram e não são perguntas fáceis de responder, ainda mais naquele momento em que todos estavam mexidos com o ocorrido.

A abertura para esses questionamentos, abertura para o sensível, demonstra que o território do trabalho vivo em ato nos coloca sempre em situações inovadoras e inusitadas, e na medida em que nos abrimos à ação de interrogar regras estabelecidas para situações em que nosso conhecimento prévio/acadêmico nem sempre tem respostas, abrimos um leque de possibilidades e também outras perguntas surgem. Ou seja, de inventividades. Será que existe formação que dê conta das múltiplas situações cotidianas que esse espaço nos apresenta? Este território tão carregado de surpresas e transformações. Não sabemos ao certo, mas suspeitamos que uma formação que abra caminhos para as sensibilidades possa ajudar a não nos fecharmos em condutas engessadas por princípios racionalistas, com lógicas punitivas e estigmatizadoras, abrindo-nos muito mais para a formulação de perguntas e novas experimentações e inventividades, do que para a busca de respostas no âmbito idealista dos paradigmas psiquiátricos.

A partir dessas indagações, a equipe, junto à coordenação do serviço, optou pela não expulsão dos usuários; para experimentar, inventar caminhos de cuidado e responsabilização, e utilizar a seguinte estratégia de cuidado: duas duplas de profissionais (uma formada por uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional, e a outra formada por uma psicóloga e uma professora

de educação física) ficaram responsáveis por um atendimento individual semanal, com dia e hora marcados para cada um dos usuário envolvidos no ocorrido no CAPS. E uma dupla de Redutores de Danos<sup>39</sup> faria o acompanhamento e cuidado desses usuários na rua. O atendimento médico e a escuta qualificada<sup>40</sup> estavam à disposição sempre que precisassem e as profissionais responsáveis estivessem no serviço. Mas, os mesmos não poderiam entrar no serviço para participar das oficinas e grupos terapêuticos, até que conseguissem cumprir durante um mês os atendimentos individuais semanais. Sendo que esses últimos aspectos tocavam na dimensão da sensação ou da punição; mas por uma releitura da responsabilização.

Não queremos dizer com isso que esta tenha sido a decisão mais acertada, ou mesmo que esta ação tenha surtido o feito esperado, mas estamos relatando um momento de resistência às velhas práticas prescritivas punitivas, em que um processo de singularização afetou nossos corpos, desestabilizou nossas crenças, valores, modos de entender, experimentar, perceber, sentir (VASCONCELOS, 2013), produzindo (des)aprendizagens e formação em todos os envolvidos a partir da abertura para o sensível.

Passado um mês após as pactuações com os usuários, apenas um (o que recebeu a facada) retornou ao CAPS e cumpriu tudo que fora acordado. Entretanto, seu comportamento mudou, estava mais ríspido, havia uma dureza no olhar e uma frieza no trato com as pessoas, dentro e fora do serviço. O outro usuário (o que diferiu a facada) não retornou, não cumpriu as pactuações e manteve pouco contato com as redutoras de danos fora da área onde costumava frequentar antes do ocorrido, mas sabia-se, segundo relatos de outros colegas usuários, que estava fazendo uso intenso e abusivo de crack. Nas poucas conversas com as redutoras, falou sobre seu receio de retornar ao serviço, medo de haver retaliação ou mesmo ser rejeitado pelos outros usuários atendidos no serviço e por isso, deixou de frequentar também o local onde costumava dormir na rua. A equipe também estava mudada, por um lado, um clima de tensão e desconfiança ainda rondava, principalmente aqueles que presenciaram o ocorrido. Mas, por outro, percebiam-se avanços nas medidas tomadas no caso. O diálogo entre a equipe do CAPS

---

<sup>39</sup> O agente de redução de danos é o profissional “que atua de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde. Deve ofertar cuidados em saúde mental para (i) pessoas em situação e rua em geral; (ii) pessoas com transtornos mentais e (iii) usuários de crack, álcool e outras drogas, e (iv) profissionais do sexo, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros” (GOMES et al, 2012, p.9).

<sup>40</sup> A escuta qualificada é concebida como ferramenta gerencial de apoio ao Acolhimento. Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva (BRASIL, 2013, p.7-8).

e do PRD teve alguns avanços, um dos usuários retomou o cuidado e o cuidado não foi negligenciado, e a equipe percebeu que é possível experimentar novos fazeres.

Assim, ofertar cuidado, assumir a responsabilidade enquanto serviço de saúde, experimentar um novo modo de cuidado em equipe e em parceria direta com o Programa Projeto de Redução de Danos (PRD), diferente do que costumava ser feito em situações semelhantes, nos trouxe um novo, um inusitado. E por isso mesmo, estávamos com muitas dúvidas se aquela era de fato a melhor maneira de conduzir o caso. Mesmo assim, tentamos romper com a antiga lógica simplesmente punitiva e centralizadora do cuidado e estendendo-o para o PRD. A opção de não expulsar os usuários e nem desassisti-los, não significou livre acesso, pois restringimos o acesso e solicitamos em contrapartida a co-responsabilização sobre o próprio processo de cuidado.

Esta ruptura que experimentamos, tratou-se de uma “abertura para o sensível”. Essa abertura, me parece, que desdesignificou, dessubjetivou, abriu os corpos para outras rotas, para outras possibilidades, por meio da imersão na experiência. Ao meu ver, significou uma (des)aprendizagem de velhos hábitos relacionados ao cuidado desses usuários. Um deslocamento da estrutura pragmática<sup>41</sup> de pensamento e ação para uma experiência diferente, nova, em que os modelos lógicos de resposta dão espaço à reflexão dialética; não programática. Foi uma abertura para processos inventivos que culminaram em um produzir-se.

Segundo Abrahão e Merhy (2014, p. 318), “[...] o experimentar como ingrediente da formação nos desafia, sobremaneira, a construir estratégias pedagógicas que sejam capazes de deixar vazar as multiplicidades dos sujeitos em um coletivo múltiplo, com encontros precários”. Deixar vazar as multiplicidades nos remete a um experimentar livre de interpretações, de traduções e representações daquilo que nos afeta, daquilo que toca o nosso sensível, nosso olhar, nossa escuta e nos remete a construção de outros modos de subjetivação presentes na ação do encontro. Experimentar supõe um agir, um relacionar-se pelo qual o corpo apreende conceitos e ideias, ou seja, lhe conferindo sentido. No entanto, é preciso equilíbrio n esta experiência, “nem viver em pura ação (...) e nem viver como um sonhador”. Isto implica um ato educativo que promova vínculo e sentido sobre a prática do cuidar. Processo que vai sendo construído ao mesmo tempo em que exercemos a nossa profissão e nos produzimos enquanto sujeitos da ação.

---

<sup>41</sup> Prática, habitual, costumeira, objetiva.

## 5.2 CENA 2: “PROFESSORA, QUANDO VAMOS TER AULA DE FÍSICA?”

A cena narrada a seguir aconteceu em 2012, no CAPS I, Renato Bispo de Lima, situado na cidade de Itabaiana-Sergipe. Cidade localizada na região agreste do Estado, apresentando uma extensão geográfica de 335,760 km<sup>2</sup> e uma população estimada de 86.967 habitantes, segundo informações encontradas no site do IBGE (2017). Esse CAPS foi inaugurado em 2003 e foi o primeiro do município. Em 2012 o município contava com os seguintes equipamentos de saúde: um CAPS I, um CAPS II ad “Santo Onofre” (Inaugurado em 2009), uma Residência Terapêutica, um Ambulatório de Psiquiatria e um Hospital Geral. Entretanto, estes ainda possuíam pouca articulação entre si, o que tornava frágil a sua Rede de Atenção Psicossocial.

A princípio, fui lotada no Núcleo de Apoio a Saúde da Família, mas assim que a gestão soube da minha experiência anterior na SM, recebi um convite para trabalhar nos dois CAPS do município. Neste período já havia acumulado uma relativa experiência no campo da saúde mental, mais especificamente ligada ao campo dos transtornos decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas. No entanto, ao ser lotada também em um CAPS “transtorno”, como popularmente chamávamos os CAPS que atendiam pessoas com transtornos mentais, houve um certo estranhamento frente a este novo território, mas também, certa motivação para a ampliação da minha experiência na SM, o que pode ser entendido como uma disposição para conhecer esse novo território e para continuar produzindo em mim abertura para o sensível; ainda que de maneira tácita.

O período em que estive na rede de SM de Itabaiana, de fevereiro de 2012 a outubro de 2013, foi um tempo relativamente curto, mas capaz de perceber nuances das relações ali estabelecidas. Era impossível não comparar com a REAPS de Aracaju, uma vez que foi nessa rede que alicercei minhas bases de experiência-formação. Por isso, em comparação com as condições objetivas e subjetivas oferecidas pela experiência anterior, em que o contexto coletivo e institucional de trabalho-formação apontava para um discurso voltado para a crítica da normalização e, assim, uma “autorização” institucional para abertura do sensível às diferenças e às singularidades, no referido CAPS desta segunda cena os indícios de um fechamento do sensível nas experiências se apresentava de maneira patente – como exemplos disso posso citar o acolhimento que era feito somente por psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais e aparentemente funcionava apenas como uma espécie de triagem para a entrada no serviço; não havia reunião de equipe semanalmente e quando havia era muito mais para discutir questões burocráticas do que discussão de casos; havia pouca interação em equipe e geralmente os PTS eram construídos individualmente por cada



profissional – de modo que referências discursivas e práticas evidenciavam a resistência dos velhos modos de lidar com a Saúde Mental de seus usuários. Nesse sentido, importante destacar que reconhecemos a influência institucional para a produção de mudanças objetivas e subjetivas no âmbito dos trabalhadores; de modo que a dimensão da invenção não se limita a certa capacidade individual. Quero dizer com isso que minhas mudanças de atitudes, a exemplo da primeira cena, é fruto de um contexto político voltado para as transformações.

Em conversa com a coordenadora do serviço, no qual acabara de iniciar as atividades laborativas, me foi solicitado a realização de três oficinas terapêuticas corporais, com público-alvo e objetivos previamente definidos pela coordenação. A primeira oficina deveria ser direcionada aos usuários obesos, com objetivo de ajudá-los na perda de peso e na sua mobilidade. A segunda, dirigida aos usuários adolescentes, em sua maioria homens, que supostamente não aderiam ao tratamento por não haver no serviço uma oficina – futebol – específica para a sua faixa etária. E a terceira, uma oficina – dança – voltada, a princípio, às mulheres, por se tratar de uma atividade geralmente ligada ao feminino. As oficinas em questão foram fruto da prescrição da terapeuta ocupacional e da coordenadora do serviço, segundo as mesmas, com o objetivo de auxiliá-los a alcançar um corpo saudável e melhorar sua qualidade de vida.

Parecia que estava diante de uma situação óbvia, de modo que, por certo raciocínio lógico e determinista, a presença de um professor de educação física no serviço implicou uma espécie de premissa de onde se retirou alguns desdobramentos lógicos esperados de acordo com uma dada tradição da área. Tal tradição raciocina que onde há um profissional dessa área, necessariamente devem existir atividades ligadas à qualidade de vida e a saúde segundo os modelos teóricos de saúde oriundos da medicina, os quais servem como parâmetro de normalização do sensível na profissão Educação Física. No entanto, receber estas encomendas prontas, em forma de oficinas terapêuticas, sem ter havido nenhum contato prévio e nenhum acompanhamento desses usuários, provocou em mim algumas inquietações e estranhamento frente ao novo território, aparentemente sustentado em lógicas e práticas institucionalmente criticadas.

Por outro lado, meus preconceitos “invertidos” também estavam presentes diante de certa ideia de loucura. Estava insegura com os meus estigmas sobre a loucura e não sabia como ressignificá-la em mim para, então, desvendar novos modos de trabalho. Então, como operar esse cuidado? Como produzir estratégias de cuidado a essas pessoas sem transformá-las em corpos normalizados pela educação física? Que estratégias clínicas poderiam resistir ao desejo de tutela e formatação destes corpos? E o meu conhecimento acadêmico da educação física,

então derivado de meu currículo da graduação, seria suficiente no cuidado desses usuários? Aquela situação aparentemente escapava, borrava o meu conhecimento prévio/propedêutico, produzindo uma desterritorialização e um processo de (des)aprendizagem. Por outro lado, que lugar a educação física tem ocupado nos serviços de saúde e mais especificamente na saúde mental? Ao invés de prescrever o que devem fazer alguns corpos e produzir práticas capturadas pela normalização do sensível, não seria mais interessante acompanhar no cotidiano das práticas a educação física demandada por aqueles usuários, dando chance para novas experimentações (abertura para o sensível) e inventividades cotidianas?

Wachs (2008), em sua pesquisa de dissertação sobre a relação entre a educação física e os serviços de saúde mental, constatou que a inclusão destes professores nos CAPS's exige mais que uma singela implantação de programas de atividade física, mas a possibilidade da promoção de uma “educação física que emerge do CAPS”, em contraposição a uma “educação física imposta no CAPS”<sup>42</sup> (p.99). Não estava, com isso, negando os benefícios da atividade física, pois

[...] que um corpo humano possa se beneficiar de atividades físicas para a prevenção e tratamento de doenças, para a máxima funcionalidade em necessidades de deslocamento, estudo, trabalho e recreação e para a beleza sugerida pela sociedade do consumo e das imagens não colocamos nenhuma contradição, mas interrogamos sobre o corpo de que queremos falar, saber, ajudar, promover em situação de produção da saúde (MACHADO, 2011, p.12).

Portanto, a ideia trazida por Wachs (2008) se apoia na clássica discussão acadêmica sobre a educação física e sua inserção no sistema escolar, incluindo a reflexão sobre as diferentes concepções pedagógicas sobre “esporte na escola” [em que certo modelo esportivo é implementado na escola] e “esporte da escola” [aquele que supostamente pode surgir de suas próprias dinâmicas sociais e técnicas], então discutidas por Walter Brach (2000). A inserção do esporte na escola, que enquanto atividade escolar, só possui sentido se integrado ao projeto pedagógico da escola. E a ampliação da discussão sobre o esporte como conteúdo da educação física para um olhar sobre a própria educação física como componente curricular (CAPARROZ, 2005). Baseada nesta discussão, a educação física produzida no CAPS se assemelha a produzida

---

<sup>42</sup> Essa discussão feita por Wachs (2008) se apoia na reflexão de Caparroz (2005) sobre a diferenciação das concepções pedagógicas sobre “esporte na escola” e “esporte da escola”, “que amplia a discussão sobre o esporte para um olhar sobre a educação física como componente curricular, para lançar um olhar sobre a educação física que emerge do CAPS, que se contrapõe a uma educação física imposta no CAPS” (2008, p.99).

na escola, pois incorpora as funções e códigos da instituição, e deve estar de acordo, também, com o projeto terapêutico do CAPS. Com isso, a “educação física que emerge do CAPS”, além de ser uma proposta educativa também deve ter uma proposta política que esteja em consonância com a abertura para o sensível e uma consequente crítica dos protocolos voltados para a atividade física e saúde.

Por isso, estas encomendas profissionais/institucionais sobre o cuidado com corpo apresentadas aos professores de educação física tem me causado estranhamento. Dado que, são conduzidas por seguimentos produzidos pelos diversos discursos sobre o corpo, não originadas e nem restritas ao bojo da educação física, “[...] mas esta lhe confere um saber-poder-fazer e um território de trabalho” (*Ibidem*, p.16). Investigar estas encomendas institucionais, destinadas a uma trabalhadora da educação física recém inserida no campo da saúde mental, pareceu-me um caminho interessante para a produção de um pensamento inoportuno e disruptivo no que parecia óbvio sobre a formação permanente destes profissionais quando já inseridos no desempenho de suas funções no contexto institucional do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com Machado (2011), entendo que o professor de educação física, assim como os demais profissionais, inseridos no contexto do trabalho, vincula-se a um processo indissociável de trabalho-formação. Ao exercer a profissão exploramos e aprendemos ao mesmo tempo qual ação profissional deve ser executada. O que quero dizer com isso é que acredito que os professores de educação física podem tecer outros processos de trabalho e produzir porosidade nessa trama de práticas instituídas já enrijecidas pela tradição e sua automatização no campo das ações. Mas, isto só parece possível frente a um processo de estranhamento e (des)aprendizagem das práticas normalizadoras do sensível e ao invés de prescrever práticas para determinados corpos, acompanhar seus movimentos cotidianos.

Assim, rompendo com as obviedades então estabelecidas, solicitei, diferentemente, à coordenação do serviço um período de adaptação com aquele novo território e nos foi concedido (Fato semelhante, as avessas, ocorreu no período da minha chegada ao CAPS ad Primavera, o coordenador do serviço me sugeriu 15 dias de observação antes de iniciar as minhas atividades). Nos dias que se seguiram conversei com trabalhadores do serviço, frequentei as áreas de convivência do CAPS, onde haviam uma maior concentração e circulação de usuários, e aproveitei para participar de oficinas coordenadas por outros trabalhadores. Reservando aos primeiros quinze dias a observação, mais do que qualquer intervenção direta de cuidado e realização de oficinas. No entanto, esse posicionamento, por um lado, causou estranhamento na equipe do CAPS e principalmente nos usuários, que, curiosos, perceberam a chegada e o movimento de uma nova professora no serviço. Começaram, por conseguinte, a me interrogar:

Por que a “Professora de Física” estava no serviço, mas ainda não estava dando aula? “Professora, quando vamos ter aula de física?”, “Fessora, quando vamos jogar bola?”. E, por outro, ativou expectativas frente ao meu trabalho, tendo como referência a tradição dominante na área, ligada à atividade física e saúde, em que se confundem critérios estéticos: “você vai fazer oficina de ginástica pra gente perder uns quilinhos?”, “você vai orientar a gente a perder barriga?”, “eu gosto de dançar, você vai fazer uma oficina de dança né?”, “caminhada é bom pra saúde, né?”, “Piscilla, o que você indica para perder peso?”.

As falas anteriores sobre o corpo me ajudaram a perceber o lugar em que alguns professores de educação física têm se colocado nos serviços de saúde, e nesse CAPS não seria diferente. De acordo com Foucault (2001, p. 40), o corpo é uma “superfície de inscrição dos acontecimentos” e nos tornamos sujeitos de uma determinada sociedade com valores e regimes de verdade específicos. Então, questionar fatos políticos tornou-se essencial para a compreensão de como o corpo-obeso ou determinados padrões de beleza por exemplo, passam a ser considerados depreciativos ou valorativos socialmente. E mais, questionar que práticas objetivaram esses corpos e o levaram a ser alvo de intervenção de saúde. A exemplo disso, “nos processos de difusão dos padrões de beleza atuais, a gordura é reconhecida como algo fora do lugar, como uma ameaça à ordem” (MATTOS & LUZ, 2009, p. 495) estética e médica.

Pensando junto com Machado (2011), entendo que possuir um corpo esperado pela sociedade de consumo auxilia na inclusão e no pertencimento das relações sociais estabelecidas. Isto é, ter um corpo semelhante a certas referências ideativas e conceituais de magreza, saúde, funcionalidade, equilíbrio e beleza facilitará seu trânsito social. Pois, ter um corpo-gordo é difícil em nossa sociedade atual, imagina se esse corpo além de obeso é louco? Precisa, ao menos, deixar de ser obeso, tornando-se mais funcional para se inserir nessas relações sociais programadas? E é para isso que são prescritas atividades físicas?

Os discursos sobre atividade física como fator de proteção da saúde estão sendo produzidos por entidades internacionais de informações e pesquisa. Instituições como o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), o *American College of Sports Medicine* (ACSM) e a *American Heart Association* (AHA) produzem orientações sobre a intensidade e periodicidade dessas práticas. Estas orientações são adotadas por instituições de saúde buscando a efetivação de uma mensagem de vida saudável e ativa (FRAGA, 2006). É a partir daí que o professor de Educação Física é convidado a participar do SUS, atendendo a mensagem de vida ativa. Registra-se a presença desses profissionais em Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), Hospitais gerais (em serviços de recreação), principalmente nas unidades de pediatria, oncologia, saúde do trabalhador, fisioterapia e psiquiatria, em Programas de Academia

da Cidade. Na saúde mental, inicialmente em clínicas e hospitais psiquiátricos (em serviços de recreação terapêutica) e, atualmente, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Observo que a política científica e pedagógica que orienta as ações da Educação Física no SUS está atrelada a um recorte histórico e epistemológico da área que ignora certa arqueologia desse saber; a qual revela uma série de outras perspectivas discordantes e em disputas por legitimidade e pelas instâncias institucionais de exercício do saber-poder. Não obstante, está claro que a proposta das oficinas se sustenta por inúmeros pressupostos científicos já muito questionados pelos estudos epistemológicos e políticos da Educação Física; de modo que, sabendo disso, não posso toma-los como simples verdades objetivas e positivas a orientarem ações puramente pragmáticas sem qualquer tipo de problematização.

No que diz respeito aos currículos propedêuticos de formação de professores de educação física para atuar na saúde, algumas mudanças têm sido realizadas nas diretrizes curriculares, mas, ainda com pouquíssimas disciplinas direcionadas à atuação no SUS (MACHADO, 2011). Entretanto, se pensarmos junto com Paraíso (2015), que o currículo não significa simplesmente um arranjo sistemático de matérias, ou um elenco de disciplinas e de conteúdos ou, ainda, um conjunto de estratégias de ensino-aprendizagem, ele se multiplica e habita outros espaços.

O currículo, apesar de ser composto por diversas formas, “[...] pode perfeitamente ser feito da mesma matéria dos sonhos, dos filmes e da vida. É claro que, para isso, um currículo precisa de outros pensamentos, raciocínios; ele necessita de uma outra lógica” (PARAÍSO, 2015, p. 50). Diante disso, reflete-se sobre um currículo que esteja atento às sensações – aos dados empíricos que escapam aos esquemas de assimilação e resposta acerca do dado da realidade – e que atue como vetor de “matéria-força” – currículo-força<sup>43</sup> – e não como vetor de “matéria-forma” – currículo-forma<sup>44</sup>. Um currículo que assim como “na vida é sempre possível movimentos para deformar as formas, reativar as forças, instaurar possibilidades e ativar alegrias” (2015, p.49).

Um currículo é um artefato com muitas possibilidades de diálogos com a vida; com diversas possibilidades de modos de vida, de povos e de seus desejos. É um artefato com um mundo a explorar. Afinal, mesmo sendo um espaço disciplinar, por

---

<sup>43</sup> Currículo como matéria-força ou currículo-força possui uma importante tarefa que coincide com a vida, mobiliza a diferença e deforma os enquadramentos e as diferenciações que entristecem (PARAÍSO, 2015, p.56).

<sup>44</sup> Currículo como matéria-forma opera com a imitação, a ilustração e a representação porque objetiva uma “formatação”, uma “identificação”, uma “homogeneização”, um determinado “desempenho” (PARAÍSO, 2015, p.50).

excelência, muitas coisas podem acontecer em um currículo (PARAÍSO, 2009, p. 278).

A autora, supracitada, inspira-se em Deleuze e Guattari quando conjectura o currículo como um território a se experimentar e não exatamente como um campo de disputas irrefletidas epistemológica e politicamente. Entendendo experiência não para ser aprendida e repetida, mas para potencializar outras vivências, outras diferenças, pois a experiência é criadora e não reprodutora (PARAÍSO, 2009).

Optei, então, por produzir duas oficinas: “caminhada: olhares e andanças”, mais conhecida como “caminhada” e “teatro do oprimido”, popularmente chamada de “teatro”. A primeira surgiu a partir de uma conversa com um usuário sobre o meu<sup>45</sup> desejo de conhecer a cidade de Itabaiana. Ele comentara que a cidade era pequena e isto possibilitava conhecer boa parte dela caminhando. Daí perguntei o que achava da realização de uma oficina de caminhada onde os usuários poderiam me apresentar a cidade através da lente de uma máquina fotográfica. Ele ficou animado e imediatamente foi contando a novidade para outros usuários. Mas logo surgiu algumas dúvidas importantes: como conduziria essa oficina sozinha sem ter tanto vínculo com os usuários? E se algum deles tivesse alguma reação inesperada na rua? Quem conduziria o percurso, uma vez que não conhecia a cidade? E como imprimir um ritmo de caminhada que possibilitasse a participação de todos?

Levei então as minhas dúvidas a coordenadora do serviço, que aprovou a ideia e sugeriu que uma das auxiliares de enfermagem, que já trabalhava há mais de cinco anos no serviço, era moradora da cidade e tinha um bom vínculo com a maioria dos usuários pudesse me acompanhar. De pronto a auxiliar topou a proposta e foi um dos elos fundamentais para que a oficina acontecesse, além de me ajudar a entender a lógica de funcionamento de alguns usuários, assim como na produção de vínculo com os mesmos.

No decorrer da atividade eles eram acompanhados por duas profissionais, estimulados a conhecer e manusear a máquina fotográfica e convidados a registrar tudo que lhes chamava atenção no trajeto do CAPS para os vários lugares visitados. Após algumas oficinas e muitas fotos no arquivo, um usuário me fez a seguinte pergunta: “o que você vai fazer com tanta foto?” E lança a seguinte sugestão: “você devia mandar para a TV, a gente ia ficar famoso”. Fiquei com aquela pergunta/sugestão martelando na minha cabeça por algumas semanas e mais ou menos um mês depois, participei do Encontro Nacional da Associação Brasileira de Saúde

---

<sup>45</sup> A Professora de Educação Física morava em Aracaju e não sabia andar pela cidade de Itabaiana.

Mental (ABRASME) em Fortaleza e me deparei com uma exposição fotográfica que retratava o cotidiano dos usuários de um CAPS. Ao vê-la logo me veio a ideia de fazer uma exposição fotográfica em uma das praças mais movimentadas da cidade, apresentando as fotografias feitas pelos usuários e assim fizemos, no dia 10 de outubro, dia em que é comemorado o dia mundial da Saúde Mental. Construímos um varal com a exposição das fotografias, um cartaz explicando que os fotógrafos eram os próprios usuários, onde eles deram entrevistas, explicavam a oficina para as pessoas que passavam, enfim, foi uma experiência interessante tanto para mim quanto para eles.

A segunda oficina foi fruto do encontro com um psicólogo também recém-chegado no CAPS e que havia feito o curso de Teatro do Oprimido na Saúde Mental junto comigo, 2 anos atrás. Ambos estavam em um momento de observação deste território e com desejo de produzir junto aos usuários atividades mais próximas das suas singularidades. Em uma dessas conversas, percebemos que muitos usuários se queixavam de como eram rechaçados no seu cotidiano por familiares, vizinhos ou mesmo por desconhecidos na rua, pelo fato de serem atendidos no CAPS e o quanto isso os incomodava. Então, sugerimos aos usuários uma oficina de teatro em que eles pudessem representar o que estavam sentindo, alguns aprovaram imediatamente a ideia e outros ficaram desconfiados, alegando que teriam vergonha, mas concordaram.

Levamos a proposta à coordenadora do serviço que achou a ideia interessante, mas alegou que essa oficina poderia ficar somente com o psicólogo e eu precisava fazer outra oficina “mais relacionada à educação física”. O psicólogo ponderou que essa era uma oficina que precisava de formação específica e de dois facilitadores para que conseguíssemos captar as sutilezas dos usuários e eu ponderei que essa atividade estava relacionada com a educação física diretamente. A coordenadora aceitou que a oficina fosse realizada por nós dois, mas solicitou que eu pensasse na realização da oficina de dança. Dessas conversas e desses encontros surge a oficina de Teatro do Oprimido, com objetivo de discutir demandas decorrentes do cotidiano do serviço e da vida dos usuários, utilizando o teatro como manifestação artística e também como ferramenta de produção de vida.

Desta forma, em oposição à ideia de prescrever qual atividade o corpo dos usuários necessita, quem sabe “possamos suspender certezas de educação física e disponibilizar educação física: oportunizar práticas corporais que trabalhem justo a potência dos corpos ao invés de vampirizá-los” (MACHADO, 2011, p.31). Esta tarefa talvez não tenha sido simples, pois foi marcada por maus encontros, aqueles que diminuem a nossa potência de existir e de agir, mas também por bons encontros, que produziram combustível para a diferença seguir seu fluxo (SPINOZA, 2009). Por isso, nos permitimos experimentar, estranhar, (des)aprender e

arriscar práticas, para ensaiar a percepção da diferença de uma educação física que demandava daquele território, embora ainda inexistente e, portanto, em vias de ser inventada em meio as interações e diálogos no âmbito coletivo do território.



## **“ESSE É SÓ O COMEÇO DO FIM DAS NOSSAS VIDAS”**

A escrita dessa dissertação foi permeada por processos pessoais de idas e vindas, de estranhamentos, (des)aprendizagens, inventividades, fazeres e refazeres, angústias e ansiedades, percorrendo uma trajetória que possibilitou uma autoprodução singular e sensível. Essa trajetória não fala só de minha formação enquanto sujeito isolado, mas da formação de um sujeito que é ao mesmo tempo coletivo e singular. A intenção dessa pesquisa, então, é compreender de que formas as minhas experiências de trabalho no SUS se constituíram em processos formativos que de certa forma possibilitaram uma determinada abertura em meu sensível.

Na tentativa de compreender esse processo utilizei-me do conceito de análise de implicação, elaborado por Lourau (1975) para ponderar sobre os riscos da proximidade entre o pesquisador e o objeto da pesquisa, sobretudo quando se está investigando a sua própria prática; e do método cartográfico proposto por Deleuze e Guattari (1995) para rastrear processos de subjetividade produzidos neste meu percurso de trabalho-formação na Saúde Mental do SUS/SE. A atenção esteve voltada para o conhecimento produzido a partir do cotidiano de trabalho, pensando em reconhecer o campo da minha experiência como espaço de produção de conhecimento e formação. Para isso, elegi a minha própria memória como principal fonte de informação para a pesquisa e selecionei duas cenas, dentre tantas experiências-formação, que de certa forma mexeram comigo, me transformaram e acordaram uma sensibilidade adormecida.

O conceito de sensível me é muito caro e em função disso utilizo as ideias de Buriti (2011) e Rancière (2009) para tentar produzir uma noção de sensível que é habitado pela diferença, pelo singular e pela imprevisibilidade. A partir da rememoração e releitura das minhas experiências-formação e do próprio processo de escrita dessa dissertação o conceito de sensível ganhou relevância constituindo-se no eixo articulador entre processos de formação em ato e uma escrita-formação, possibilitando um espaço de produção e de partilha desses processos formativos em ato. Entretanto, para entender como foi possível vivenciar experiências formativas no SUS que me possibilitassem produzir uma certa sensibilidade, primeiramente foi necessário seguir pistas do contexto histórico da normalização médica do sensível no Brasil; dos movimentos sociais e políticos que coexistem e disputam no campo da formação no/para o SUS; e do contexto de críticas e inventividades de duas políticas de

formação no SUS – PEPS e PNH – que antecederam o meu processo de entrada institucional no SUS Sergipe.

O contexto de transformações nas políticas e nos modos de entender e operar a saúde pública no Brasil ganhou força por volta das décadas de 80 e 90 do século XX. Período em que movimentos populares lutavam pela universalidade do direito a saúde pública, entendendo que a promoção de trabalho, saneamento, lazer e cultura, estão diretamente ligados a questão da saúde. Esse contexto de transformações históricas, políticas e sociais é aqui encarado como um terreno fértil para produzir mudanças no processo saúde-doença-cuidado. Movimentos como a Reforma Sanitária Brasileira, da Reforma Psiquiátrica e o próprio advento do SUS, conseguiram produzir avanços no processo de cuidado, no entanto, algumas insatisfações continuaram e levaram a reflexões sobre a formação na área da saúde, que demandavam novas exigências profissionais e consequentemente transformações nos programas e políticas de formação em saúde no Brasil.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e a Política Nacional de Humanização, são duas políticas que foram pensadas para auxiliar na transformação e reorganização das práticas em saúde condizentes com essas novas reflexões. Produzindo princípios e diretrizes para a formação e para o cuidado em saúde que de certa forma possibilitaram abertura para o sensível em minha formação em ato. A clínica ampliada, por exemplo, é uma das diretrizes da PNH que contribui para uma abordagem clínica que reconhece a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença, utilizando-se de alguns recursos para o melhoramento do diagnóstico e permitindo a percepção de afetos na relação clínica. Outro exemplo disso e que é complementar a clínica ampliada é o trabalho em equipes interdisciplinares que favorecem a produção de um olhar interdisciplinar, mais sensível no sentido da integralidade em saúde do que um olhar restrito a apenas uma área de formação.

Rastreei, assim, a minha própria trajetória de trabalho-formação para refletir e discutir de que modos essas experiências puderam produzir abertura em meu sensível. Eis que me encontrei em um movimento permanente de aprendizado na própria construção dessa dissertação, construindo uma política de escrita-formação que reconhece nos caminhos percorridos o próprio processo de trabalho-formação e nas histórias dos sujeitos que cruzaram o meu caminho elementos fundamentais para produzir formação em ato.

No momento da escolha das cenas uma das maiores angústias era dentre tantas histórias vividas trazer aquela que representasse de fato ruptura com a normalização do sensível, algo que configurasse mudança no meu modo de lidar com o processo saúde-doença-cuidado. Ao narrar a cena “Isso é caso de polícia e não de saúde pública” outras dúvidas surgiram: o que

evidenciar nas narrativas? O que havia nas cenas que revelava essa abertura do sensível na minha prática? Como deixar vir à tona aquilo que de fato fosse sensível, estivesse no campo das sutilezas das relações? Optei por destacar o contexto em que essa cena aconteceu. Um contexto que de certa forma já estava aberto para sensibilidades cotidianas, com a presença de um grupo de profissionais que questionava sua própria prática, sua relação com os usuários e com a medicina moderna; com a disponibilidade de uma rede de serviços substitutivos na Saúde Mental; Com um contexto político aberto a novos pensamentos e práticas. Apesar dessa abertura conviver com práticas ainda endurecidas em alguns aspectos.

Políticas como a PNH e a PEPS já haviam deixado marcas explícitas nos modos de funcionamento daquele serviço, a exemplo das diretrizes da PNH como a Clínica Ampliada; a Co-gestão; a Valorização do Trabalho; o Acolhimento; a Saúde do Trabalhador; e a defesa dos Direitos do Usuário; e dos dispositivos dessa política que permeavam os modos operante daquele serviço. O acolhimento como espaço de escuta qualificada e não apenas de triagem, o trabalho em equipes interdisciplinares de referência e de apoio matricial que produziam junto aos usuários, familiares e comunidades o projeto terapêutico singular para o cuidado dos usuários. Outra questão importante foi a promoção de espaços de educação permanente que permitiram a reflexão sobre o saber que estava sendo produzido na prática, proporcionando a esse conhecimento um olhar mais aberto as sensibilidades, alargando as possibilidades de cuidado e fazendo deste um território mais sensível ao cuidado. Não quero com isso afirmar que ali não existiam durezas, que práticas normalizadoras não existiam ali, mas afirmo que este era sem dúvida um solo fértil para brotar saberes mais sensíveis.

A presença de dispositivos como estes que trabalham sob a lógica interdisciplinar e integral do cuidado ajudou a ampliar o nosso olhar para além do fato isolado e nos ajudou a ter clareza de que haviam outros aspectos envolvidos que antecederiam o ocorrido e deveriam ser considerados. O fato de estarem em situação de rua, de estarem em um momento de uso abusivo de drogas, mas também de serem usuários com boas relações afetivas com os técnicos e com outros usuários, nos ajudou a ponderar sobre nossa decisão. Acredito que só a partir de uma clínica ampliada, que possibilita abertura para o sensível é que esta situação pôde ter sido conduzida por outros rumos. A equipe junto com a coordenação optou então por não expulsá-los do serviço e buscar por um cuidado compartilhado e co-responsável do cuidado desses usuários, contrariando a lógica normalizadora do cuidado.

Na segunda cena “professora, quando vamos ter aula de física?” deparo-me com um território completamente diferente. Primeiro por ser em uma cidade nova, com costumes diferentes; por atender outro público-alvo – pessoas (crianças, adolescentes e adultos) com

transtornos mentais; por apresentar um certo enrijecimento nas práticas e uma fragmentação do trabalho da equipe. Essas características me causaram um certo estranhamento, principalmente quando no momento de minha chegada fui “convidada” a realizar três oficinas previamente pensadas sem a minha participação, esse episódio me fez refletir sobre lógicas deterministas que enquadram e restringem certas profissões a ocuparem lugares específicos. No caso da educação física a lógica normalizadora a restringe e a associa ao “bem estar físico e estético”.

Outra questão que me causou estranheza foi lidar com meus próprios estigmas sobre a loucura, estigmas guiados por uma lógica normalizadora dos corpos loucos, que fizeram surgir indagações sobre estratégias clínicas que resistissem ao desejo de tutela daqueles corpos e que me fizeram entender que o meu conhecimento acadêmico sobre a educação física parecia não ser suficiente, “adequado”. Produzindo uma sensação de estranheza, de (des)territorialização, de que era preciso (des)aprender e aprender sobre algo que escapava daquele meu conhecimento teórico.

Por outro lado, o fato dessa experiência ter ocorrido logo após a vivência no CAPS ad Primavera parecia me dar subsídios para buscar novos modos de lidar com as pessoas portadoras de transtornos mentais. Era preciso caçar estratégias de cuidado que não os transformassem em corpos normalizados pela educação física. Optei então por acompanhar o cotidiano daquele serviço e observar as inventividades que demandavam daquele território procurando por novas experimentações mais propensas e abertas para o sensível. Esta não foi uma tarefa fácil, mas foi essencial para abrir brechas e produzir práticas corporais que respeitassem a alteridade daqueles corpos. Essa forma de trabalho só foi possível pela disponibilidade não só do meu corpo a experimentações como daqueles corpos com quem me encontrei nessa jornada diária nos CAPS por onde passei.

Agreguei a essa experimentação cotidiana a discussão trazida por Marlucy Paraíso (2009) sobre o currículo como uma experiência criadora, inventiva e pulsante que foi inspirada na noção de currículo como um território a se experimentar de Deleuze e Guattari.

Em suma, o viés da sensibilidade atravessou todo o percurso desse trabalho, desde a experiência-formação até o próprio processo de escrita-formação. As narrativas produzidas nessa dissertação afetaram meu corpo, desestabilizaram minhas crenças, produziram (des)aprendizagens, instigaram inventividades, transformaram meu modo de entender, perceber, experimentar e sentir a vida, produzindo uma formação permeada pelo sensível e fruto dos encontros cotidianos. Desse modo, acompanhar os caminhos percorridos para a produção desse texto me fez compreender que o que foi construído até aqui diz de uma possibilidade de um tempo presente que também carrega aprendizados de um tempo de outrora e faz desta uma

versão plural e inacabada de um processo formativo que é permanente e que espero que nunca tenha fim.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Tarcísio, O que é ARD-FD?. Disponível em: <<http://www.medicina.ufba.br/ard-fc/alianca/welcome.htm>>. Acesso em: 4 de julho de 2016.

ARACAJU. SMS. Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju. 2010.

ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface: comunicação, saúde e educação**, Botucatu. 2014, v.18, n.49p. 313-324.

BARBOSA, Simone Maria de Almeida. **O processo de formulação da política de saúde mental: a experiência de Aracaju-Sergipe, 2001 a 2004**. 2012. 125 f. Dissertação (Mestrado Institucional em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador – BA. 2012.

BARROS, M.E.B. A transformação do cotidiano: a formação do educador, a experiência de Vitória/ ES (1989-1992). Vitória: EDUFES, 1997.

BARROS, M.E.B. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R. (Orgs.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesq, Abrasco, 2011, p.131-52.

BARROS, Laura Pozzana de; KASTRUP, Virgínia. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (orgs.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2010. 207 p.

BARROS, R. B.; PASSOS, E. Diário de bordo de uma viagem-intervenção. In: PASSOS, E., KASTRUP, V. e ESCÓSSIA, L. (orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2010. 172 p.

BIRMAN, Joel. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal. 1978. 453 p.

BONDÍA J.L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, n.19, p. 20-8, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: MS, 1990. Disponível em:<[http://conselho.saude.gov.br/web\\_confmundial/docs/l8080](http://conselho.saude.gov.br/web_confmundial/docs/l8080)>. Acesso em: Nov 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em: Nov 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336/GM**, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, DF. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336>>. Acesso em: Nov 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Secretaria executiva. Núcleo Técnico de Política de Humanização, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198**, de 13 de fevereiro de 2004b. Estabelece recurso financeiro do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade a ser incorporado ao limite financeiro de média e alta complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Brasília, DF. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0198\\_08\\_02\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0198_08_02_2013.html)> . Acesso em: Nov 2016.

\_\_\_\_\_. **Cartilha da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS** - material de apoio. ed.3, Brasília 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 64 p, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 40 p, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Relatório de gestão. 2010.

\_\_\_\_\_. **Folheto da Política Nacional de Humanização**. Ministério da Saúde. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2761, de 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761\\_19\\_11\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html)>. Acesso em: Nov 2016.

BURITI, Iranilson. **Leituras do sensível**: escritos femininos e sensibilidades médicas no Segundo Império. Campina Grande: EDUFPG, 2011.

CAMARGO JR. K. R. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: Pinheiro R, Mattos R. A, organizadores. **Construção da integralidade**: cotidianos, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2003. 35-44p.

CAPRA, M. L. P. **A educação permanente em saúde como dispositivo de gestão setorial e de produção de trabalho vivo em saúde**. 2011. 241f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2011.

CARMINHO (Compositora). **Chuva no mar**. Em Canto, Portugal, 2015.

CECCIM, R.B. BILIBIO, L.F.S. Observação da educação dos profissionais da saúde: evidências à articulação entre gestores, formadores e estudantes. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p. 343-372.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis - Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65, 2004a.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p. 1400-1410, set-out, 2004b.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – comunic., saúde, educ**, Botucatu/SP, v. 9, n. 16, p.161-177, set. 2004/fev. 2005.

CECCIM, R. B. FERLA, A. A. **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. Educação Permanente em Saúde. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>> Acesso em 03 de junho de 2015.

CÉSAR, C. (Compositor). **Deus me proteja de mim**. Em Francisco, forró y frevo. [Chico César, artista]. Rio de Janeiro, 2008.

COIMBRA, C. Os caminhos de Lapassade e da Análise Institucional. **Revista do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense**, v.7, n.1, p. 52-80, 1995.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2ª ed. 1999. 282 p.

DALMASO, Alice Copetti. A perspectiva da invenção numa pesquisa em educação: processos e aprendizagens de um pesquisar-inventivo. **Revista Digital do LAV**, Santa Maria, v.7, n. 2, p. 05-29, 2014.

DELEUZE, Gilles. **Lógica do sentido**. São Paulo: Perspectiva, 1982.

DELEUZE, Gilles. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: DELEUZE, G. **Conversações**. Tradução Peter Pál Pelbart. São Paulo: Editora 34, 1992. p. 221-224.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Felix. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995. 94 p.

EPS EM MOVIMENTO. **Carta aos tutores**. 2014a. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-apresentacao/carta-aos-tutores>. Acesso em: 27 jun. 2016.

EPS EM MOVIMENTO. **Caixa de Afecções**. 2014b. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-experimentacoes/caixa-de-afeccoes>. Acesso em: 27 jun. 2016.



EPS EM MOVIMENTO. **Diário cartográfico**. 2014c. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-apresentacao/apresentacao-diario-cartografico>. Acesso em: 27 jun. 2016.

FEUERWERKER, L.C.M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014. 174 p. Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 14. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal LTDA, 1984. p.277-293.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**; tradução de Raquel Ramalhete. Petrópolis, Vozes, 1987. 288 p.

\_\_\_\_\_. **Arqueologia do saber**. 3. ed. Rio de Janeiro. Forense Universitária, 1987. 236 p.

\_\_\_\_\_. (1994a). O nascimento da medicina social. In FOUCAULT, M. **Ditos e escritos**. Paris: Gallimard. 207-228 p.

\_\_\_\_\_. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). Tradução: Maria Ermantina Galvão – São Paulo. Martins Fontes, 1999. 382 p.

\_\_\_\_\_. Aula de 17 de março de 1976. In: FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. Tradução Maria E. Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2005, p. 285-315.

\_\_\_\_\_. **O Nascimento da Clínica**. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006a. 241 p.

\_\_\_\_\_. **A hermenêutica do sujeito**: curso dado no Collège de France (1981-1982). São Paulo: Martins Fontes, 2006b. 680 p.

FRAGA, A. B. **Exercício da informação**: governo dos corpos no mercado da vida ativa. Campinas: Autores Associados. 2006. 185 p.

FRANCO, L. **Pensando a escrita no trabalho de pesquisa** – por uma política da narratividade. 2013. 112 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, Niterói, 2013.

GOMES, A. P. *et al.* **Diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial**. Aracaju, Roda REAPS, 2012. 27p.

GONDRA, José G. Medicina, Higiene e educação escolar. In: LOPES, E. M. T.; FARIA Filho, L. M. e VEIGA, C. G. **500 anos de educação no Brasil**. Belo Horizonte, Autêntica, 2000. P. 519 – 550.

GREGOLIN, Maria do R. V. Análise do Discurso e mídia: a (re)produção de identidades. Dossiê. **Comunicação, Mídia e Consumo**. São Paulo, v. 4, n. 11, p. 11-25, nov. 2007.

GUATTARI, F. Práticas analíticas e práticas sociais. In: **Caosmose: um novo paradigma estético**. [s.l]: Editora 34, 1992. 183-203 p.

HECKERT, A. L. C.; NEVES, C. A. B.. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação de Intervenção** (cadernos HumanizaSUS v. 1), 2010. p. 13-28.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=280030&idtema=1&search=sergipe|aracaju|censo-demografico-2010:-sinopse->>>. Acesso em: 05 de janeiro de 2017.

KASTRUP, V. Aprendizagem, arte e invenção. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.1, n. 6, p. 17-27, 2001.

LOURAU, R. A Análise Institucional. Petrópolis: Vozes, 1975. 294 p.

LOURAU, R. Analista Institucional em Tempo Integral. Em S. Alto é (Org.), São Paulo: Hucitec, 2004. 47-283 p.

MACERATA, Iacã; SOARES, José Guilherme Neves; RAMOS, Julia Florêncio Carvalho. Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e a rua. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, p. 919-930, 2014.

MACHADO, R. et al. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MACHADO, R. **Deleuze, a arte e a filosofia**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009. p.74.

MACHADO, D. **Movimentos: dobraduras da educação física**. Por uma ética do recomeço dos corpos. 2011. 106 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Porto Alegre, 2011.

MARANHÃO, Thaís. **Função-facilitador (a) nos estágios e vivências na realidade do Sistema Único de Saúde**: marcas de protagonismo estudantil na construção de práticas formativas [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p.236.

MATTOS, R. A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: Pinheiro R, Mattos R. A, organizadores. **Construção da integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2003. p.35-44.

MATTOS, R. d.; LUZ, M. T. Sobrevivendo ao estigma da gordura: um estudo socioantropológico sobre obesidade. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 489-507, 2009.

MATUS, C. **Política, planificação e governo**. 2. ed. Brasília: IPEA, 1993. 2 Tomos. p. 297-554.

MELLO, V. C. de; BOTTEGA, C. G. A prática pedagógica no processo de formação da Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface – comunicação, saúde e educação**. Fundação UNI/UNESP. Botucatu, SP. v.13. supl.1, p.739-45, 2009.

MEYER, D.E.; FÉLIX, J.; VASCONCELOS, M.F.F. Por uma educação que se movimente como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. **Interface – comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v.17. n.47, p. 973-985, out-dez 2013.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p.

MERHY. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Cadernos de Textos VERSUS Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 108-137.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER L. C. M. Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**/ Org. Laura Camargo Macruz Feuerwerker. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p. - (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde)

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. Trabalho em Saúde. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>. Acesso em 09 de dezembro de 2016.

NEVES, C. A. B. et al. Memória como cartografia e dispositivo de formação-intervenção no contexto dos cursos da Política Nacional de Humanização. Cadernos Temáticos PNH: formação em humanização. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos HumanizaSUS**, volume I: Formação e Intervenção. 1ª ed. Brasília; 2010. p.44-62.

NOGUEZ, C. M. R.; PAULON, S. M.. Considerações acerca da ética em pesquisa-intervenção. In: Seminário Internacional sobre Políticas Públicas, Intersetorialidade e Família, 2013, Porto Alegre. **Desafios éticos no ensino, na pesquisa e na formação profissional**. Porto Alegre: edipucrs. v. 1. 2013, 1-9 p.

OLIVEIRA, J. A. B. de. **Representações do sujeito-aluno da fronteira brasil-paraguai em documentos oficiais do programa escolas interculturais de fronteira (PEIF)**. 2015. 167f. Dissertação (Mestrado em Letras) – Campus Três Lagoas, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Três Lagoas. 2015.

PARAÍSO M. A.; SANTOS, L. L. de C.. Dicionário crítico da educação: Currículo. **Presença Pedagógica**, Belo Horizonte: Dimensão, v.2, n.7, jan./fev., 1996.

PARAÍSO, M. A. Currículo, desejo e experiência. **Educação e Realidade**, v. 34, p. 277-293, 2009.

PARAISO, M.A. Raciocínios generificados no currículo escolar e possibilidades de aprender. In: LEITE, C. et al. (Orgs.). **Políticas, fundamentos e práticas do currículo**. Porto: Porto Editora, 2011. 147-60 p.

PARAÍSO, M. A. Um currículo entre formas e forças. **Educação (PUCRS. Impresso)**, v. 38, n. 1, p. 49-58, jan-abril 2015.

PASSETTI, E.. Anarquismos e Sociedade de Controle. In: **Colóquio Foucault/Deleuze**. 2000. Unicamp-São Paulo.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. Apresentação. Cadernos Temáticos PNH: formação em humanização. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos HumanizaSUS**, volume I: Formação e Intervenção. 1ª ed. Brasília; 2010.

PAULON, S. M. A Análise de Implicação como Ferramenta na Pesquisa-intervenção. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 18-25, 2005.

PELLIZZARO, N.. Michel Foucault: um estudo do biopoder a partir do conceito de governo. **PERI: Revista de Filosofia**, Florianópolis, v. 5, n. 1, p.168, 2013.

PEREIRA, I. M. L. Arquivo e memória: uma análise dos conceitos de arquivo segundo Michel Foucault e Roberto Gonzalez Echevarría. **Fólio – Revista de Letras**, Vitória da Conquista. v. 3, n.2, p. 319-331, 2011.

PEREIRA, E. H. P.; BARROS, R. D. B. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Humanização. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), 2009. 478 p. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/hum.html>. Acesso em: 29 de abril de 2016.

PINHEIRO, R. LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos R. A, organizadores. **Construção da integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; p.35-44, 2003.

RANCIÈRE, J. **A partilha do sensível**: estética e política. Trad. Mônica Costa Netto. São Paulo: EXO experimental org.; ed. 34, p. 72, 2009.

RAUL SEIXAS (Compositor). **Por quem os sinos dobram**. Em Por quem os sinos dobram, 1979.

REVEL, J.. **Michel Foucault**: conceitos essenciais. São Carlos: Claraluz, p. 96, 2005.

RIBEIRO et al. O PMAQ-AB como umas das estratégias de estímulo à prática da educação permanente em Saúde. In: GOMES, L. B. **A Educação Permanente em Saúde e as Redes Colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas**. Porto Alegre: Rede UNIDA, p. 272, 2016.

ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. 2. Ed. Sulina: Porto Alegre, 2014.

ROMAGNOLI, R. C. “A cartografia e a relação pesquisa e vida”. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 166-173, 2009.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 46-71, 2002.

SOUZA, Rosa Fátima de. **Alicerces da Pátria: História da Escola Primária no Estado de São Paulo (1890-1976)**. Campinas: Mercado de Letras, 2009.

SOUZA, M.L. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: I.E. CASTRO (org.), **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, p. 233-246. 1995.

SPINOZA, Benedictus. **Ética**. Belo Horizonte: Autêntica, p. 240, 2009.

VASCONCELOS, M. **A infâmia de Quincas: (Re)existências de corpos em tempos de biopolítica**. 2013. 237f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

VASCONCELOS, M. et al. Entre políticas (EPS - Educação Permanente em Saúde e PNH - Política Nacional de Humanização): por um modo de formar no/para o Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface** (Botucatu. Online), v. 20, n. 59, p. 981-991, 2016.

VIDAL, Diana G. Escola Nova e processo educativo. In: LOPES, Eliane Marta Teixeira; FARIA Filho, Luciano Mendes e VEIGA, Cynthia Greive. **500 anos de educação no Brasil**. Belo Horizonte, Autêntica, 2000. p. 49.

WACHS, F. (2008). **Educação Física e Saúde Mental: uma prática de cuidado emergente em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**. 2008. 145 f. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRGS. 2008.

ZORDAN, P. Criação de planos. **Ver. Educ.**, v.2, n.6, p.38-47, 2008.

## Sites

Armazém de ideias, Panóptico. Disponível em: <<http://historia-pitagoras.blogspot.com.br/2011/01/panoptico.html>>. Acesso em: 25 de maio de 2016.

Observatório crack é possível vencer. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/outros-centros-atencao-psicossocial.html>>. Acesso em: 4 de julho de 2016.